



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου και
Νοσηλευτικές Διεργασίες**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΓΙΩΣΚΟΣ, ΑΜ 642, (17848)

ΠΑΝΤΑΖΗΣ ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΑΣ, ΑΜ 724, (17891)

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΘΕΟΔΩΡΑ ΜΠΑΚΑΡΑ – ΝΙΚΟΥ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020

Καταθέτω την παρούσα πτυχιακή εργασία (29.519 λέξεων) ως μέρος των υποχρεώσεων μου για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών μου για τη λήψη του πτυχίου μου και βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι δική μου, γνήσια και πρωτότυπη.

Γιώσκος Αναστάσιος

Ολογράφως το όνομα φοιτητή/ τριας (ενέχει θέση υπογραφής)

Καταθέτω την παρούσα πτυχιακή εργασία (29.519 λέξεων) ως μέρος των υποχρεώσεων μου για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών μου για τη λήψη του πτυχίου μου και βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι δική μου, γνήσια και πρωτότυπη.

Μπουμπούκας Πανταζής

Ολογράφως το όνομα φοιτητή/ τριας (ενέχει θέση υπογραφής)

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ. 1
ABSTRACT.....	σελ. 2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ. 3
1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 5
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	σελ. 5
1.1.1. Γαστρεντερικός (πεπτικός) σωλήνας	σελ. 6
1.1.2. Στοματική κοιλότητα	σελ. 6
1.1.3. Οισοφάγος	σελ. 6
1.1.4. Στόμαχος.....	σελ. 6
1.1.5. Λεπτό έντερο	σελ. 7
1.1.6. Παχύ έντερο	σελ. 8
1.1.7. Επικουρικά όργανα του πεπτικού συστήματος	σελ. 8
1.1.8. Παθολογική ανατομία	σελ. 9
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	σελ. 11
1.3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	σελ. 12
1.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	σελ. 14
1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	σελ. 18
1.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	σελ. 21
1.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 23
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	σελ. 26
3. ΕΡΕΥΝΑ.....	σελ. 28
3.1. ΣΚΟΠΟΣ	σελ. 28
3.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ. 28
3.2.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	σελ. 28

3.2.2.	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ	σελ. 28
3.2.3.	ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ	σελ. 29
3.3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ. 29
3.3.1.	1 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Συσχέτιση μεταξύ συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων παθήσεων/νόσων.....	σελ. 29
	1η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 29
	2η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 32
	3η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 34
	4η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 36
	5η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 38
	6η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 40
	7η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 42
	8η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 44
	9η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη	σελ. 46
	10 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 48
	11 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 50
3.3.2.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 1 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 52
3.4.	2 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Φαρμακευτική αγωγή	σελ. 53
	12 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 53
	13 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 55
	14 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 58
	15 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 60
	16 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 62
	17 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 63
	18 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 65
	18 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 67
3.4.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 2 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 69

3.5.	3 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Διάγνωση	σελ. 70
	19 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 70
	20 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 72
	21 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 74
	22 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 76
3.5.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 3 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 78
3.6.	4 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Πρόληψη	σελ. 79
	23 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 79
	24 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 81
3.6.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 4 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 83
3.7.	5 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Δίαιτα - Διατροφή	σελ. 84
	25 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 84
	26 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 86
	27 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 88
3.7.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 5 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 89
3.8.	6 ^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Φροντίδα Ασθενούς.....	σελ. 90
	28 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 90
	29 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 92
	30 ^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη.....	σελ. 95
3.8.1.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 6 ^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ	σελ. 97
4.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 98
5.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	σελ. 100

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου αποτελεί μια πολύ συχνά εμφανιζόμενη πάθηση, η οποία σχετίζεται με την παρατήρηση ανωμαλιών/διαταραχών, στην κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα, η οποία μάλιστα εστιάζει περισσότερο στην κινητικότητα του παχέος εντέρου και συνοδεύεται από ποικίλα ενοχλήματα.

Σκοπός – Στόχος: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και η παράθεση των νεότερων δεδομένων που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία πάνω στο θέμα του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου και των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ο μελετώμενος πληθυσμός (P) περιλαμβάνει τους νοσούντες από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Ο μελετώμενος προσδιοριστής (I) είναι τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και η μελετώμενη έκβαση (O) είναι η διάγνωσή του.

Μεθοδολογία: Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Google Scholar. Ως λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω, μόνες ή συνδυασμός αυτών: Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (Irritable Bowel Syndrome), Φροντίδα Ασθενούς (Patient Care), Νοσηλευτική Φροντίδα (Nursing Care), Ποιότητα Ζωής (Quality Of Life). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και των βιβλιογραφικών αναφορών που αναφέρονταν στα επιλεγμένα άρθρα.

Αποτελέσματα: Από τις μελετηθείσες έρευνες καταδεικνύεται ότι εντοπίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων νόσων και παθήσεων. Εξαιρετικά σημαντική είναι και η συσχέτιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου με το ενδεχόμενο εμφάνισης διαταραχών ψυχολογικής ή ψυχιατρικής φύσεως.

Συμπεράσματα: Τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια αρκετά διαδεδομένη πάθηση, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και στις ακαδημαϊκές τάξεις, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες. Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την υγεία, ενώ μια πλούσια σε φυτικές ίνες διατροφή, μπορεί να βοηθήσει την φυσιολογική λειτουργία του παχέος εντέρου.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, Φροντίδα Ασθενούς, Ποιότητα Ζωής

ABSTRACT

Background: Irritable Bowel Syndrome is a very common condition, which is associated with the observation of abnormalities / disorders in the motility of the digestive tract, which in fact focuses more on the motility of the colon and is accompanied by a variety of discomforts.

Purpose: The purpose of this paper is to investigate through a literature review and cite the latest data presented in the international literature on the topic of Irritable Bowel Syndrome and related nursing interventions. The study population (P) includes patients with irritable bowel syndrome. The determinant studied (I) is the symptoms of irritable bowel syndrome and the studied outcome (O) is its diagnosis.

Method: For the purposes of this paper, a review of the international literature in the online databases PubMed, Cochrane and Google Scholar was performed. The following keywords were used for the search, alone or a combination of them: Irritable Bowel Syndrome, Patient Care, Nursing Care, Quality Of Life. The bibliographic references mentioned in the selected articles were then searched.

Results: Studies show that there is a statistically significant association between irritable bowel syndrome and other diseases and illnesses. The association of irritable bowel syndrome with the possibility of psychological or psychiatric disorders is also extremely important.

Conclusions: Evidence suggests that irritable bowel syndrome is a fairly common condition, especially in developed societies and academia, which may be due to increased levels of stress and anxiety. Diet plays an important role in health, while a high-fiber diet can help normal bowel function.

KEYWORDS: Irritable Bowel Syndrome, Patient Care, Quality of Life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα από την παρούσα εργασία επιχειρείται η παρουσίαση των σημαντικότερων σημείων του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου, βάσει βιβλιογραφικής ανασκόπησης, κυρίως επιστημονικών άρθρων της τελευταίας πενταετίας.

Ως Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου περιγράφεται μια πολύ συχνά εμφανιζόμενη πάθηση, η οποία σχετίζεται με την παρατήρηση ανωμαλιών/διαταραχών, στην κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα, η οποία μάλιστα εστιάζει περισσότερο στην κινητικότητα του παχέος εντέρου και συνοδεύεται από ποικίλα ενοχλήματα.

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συχνά χαρακτηρίζεται από κοιλιακό πόνο μαζί με δυσκοιλιότητα, διάρροια ή και τα δύο. Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζει αρκετά υψηλή συχνότητα εμφάνισης, προσβάλλοντας έως και το 20% του πληθυσμού στις Δυτικές χώρες (ανεπτυγμένες χώρες). Ο επιπολασμός εμφάνισης του συνδρόμου μεταξύ των δύο φύλων είναι υψηλότερος στις γυναίκες.

Αποτελεί μια πολυπαραγοντική πάθηση, για την οποία μάλιστα δεν φαίνεται να ευθύνεται αποκλειστικά κανένας ειδικός παθογενετικός μηχανισμός. Μάλιστα, παρόλο που πλέον το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου διερευνάται εντατικά, η παθοφυσιολογία του και η παθογένεια των συμπτωμάτων του, παραμένουν αδιευκρίνιστες, ενώ δεν έχουν ακόμη αναγνωρισθεί ανατομικοί, λειτουργικοί ή βιοχημικοί δείκτες της πάθησης.

Οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σπάνια απαιτούν εντατική φροντίδα για τη νόσο αυτή. Ωστόσο, οι νοσηλευτές συχνά έρχονται σε επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς σε διάφορες υπηρεσίες υγείας.

Σημειώνεται ότι, με σκοπό την καλύτερη δυνατή κατανόηση του θέματος η παρούσα εργασία διαχωρίστηκε σε τρεις ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν την ιατρική προσέγγιση του Συνδρόμου Ευερέθιστου εντέρου, μέσα από την παρουσίαση της ανατομίας και της φυσιολογίας του πεπτικού συστήματος, καθώς και της παθοφυσιολογίας του παχέος εντέρου. Παράλληλα, παρουσιάζονται περαιτέρω στοιχεία για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, που αφορούν στον ορισμό της πάθησης, στις διαγνωστικές εξετάσεις και στη διαφορική διάγνωση και θεραπεία.

Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται η νοσηλευτική προσέγγιση, δηλαδή, ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Τέλος, η τρίτη ενότητα μέρος της εργασίας αφορά και το ερευνητικό της μέρος, στο οποίο παρουσιάζονται οι περιλήψεις 30 επιστημονικών άρθρων της διεθνούς βιβλιογραφίας και οι μεταφράσεις αυτών. Τα εν λόγω άρθρα αναφέρονται και διερευνούν το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, ενώ παρουσιάζονται διαχωρισμένα σύμφωνα με τη θεματική ενότητα στην οποία είναι δυνατόν να ταξινομηθούν (Συσχέτιση μεταξύ συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων παθήσεων/νόσων, Φαρμακευτική Αγωγή, Διάγνωση, Πρόληψη, Δίαιτα – Διατροφή και Φροντίδα ασθενούς).

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το πεπτικό σύστημα (πεπτική οδός) συντελεί στην διενέργεια απαραίτητων λειτουργιών για την πρόσληψη και επεξεργασία της τροφής και των θρεπτικών στοιχείων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- Μέσω της σύσπασης των μυϊκών ινών, επιτυγχάνεται η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα (ΓΕΣ).
- Ο συνολικός όγκος των υγρών που διακινούνται ημερησίως από τον ΓΕΣ είναι περίπου 9 λίτρα από τα οποία 2 λίτρα προέρχονται από υγρά που λαμβάνονται από το στόμα και 7 λίτρα από εκκρίσεις των αδένων του πεπτικού σωλήνα, που εκκρίνονται και επαναρροφώνται κατά μήκος του ΓΕΣ.
- Η πέψη ξεκινά από την στοματική κοιλότητα με τη βοήθεια των ενζύμων του σίελου αμύλασης και γλωσσικής λιπάσης, και τελειώνει στο λεπτό έντερο με την υδρόλυση του εντερικού περιεχομένου.
- Η απορρόφηση περιλαμβάνει τη διάλυση των θρεπτικών συστατικών από τα κύτταρα του εντερικού επιθηλίου, προς την πυλαία και την λεμφική κυκλοφορία, (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα (αυλός με λειτουργική αποστολή τον διαχωρισμό των προσλαμβανομένων τροφών), την στοματική κοιλότητα (πρώτο τμήμα του πεπτικού σωλήνα, στο οποίο επιτυγχάνεται η ανάμειξη της τροφής με τον σίελο), τον φάρυγγα, (προώθηση της τροφής προς τον οισοφάγο), τον οισοφάγο, (συνένωση του φάρυγγα με τον στόμαχο και προώθηση της τροφής με περισταλτικές κινήσεις), τον στόμαχο, (λειτουργία της πέψης μέσω της ύπαρξης πλήθους αδενών που εκκρίνουν ένζυμα και ορμόνες) και το έντερο (διαίρεση σε λεπτό έντερο με μήκος 6-7 μέτρα και πολλούς αδένες, οι οποίοι εκκρίνουν πεπτικά ένζυμα, ορμόνες και βλέννα και σε παχύ έντερο, το οποίο καταλήγει στον πρωκτό και διαθέτει πολλούς αδένες, οι οποίοι εκκρίνουν βλέννα και διάφορες ρυθμιστικές ουσίες), (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014). Τα επιμέρους δομικά στοιχεία του πεπτικού συστήματος περιγράφονται συνοπτικά στη συνέχεια.

1.1.1. Γαστρεντερικός (πεπτικός) σωλήνας

Ο γαστρεντερικός (πεπτικός) σωλήνας (ΓΕΣ) είναι ένας αυλός, ο οποίος εκτείνεται από το στόμα μέχρι τον πρωκτό. Η λειτουργική του αποστολή είναι ο διαχωρισμός των προσλαμβανομένων τροφών σε θρεπτικά συστατικά, τα οποία αφομοιώνονται από τον οργανισμό και σε «άχρηστες» ουσίες, οι οποίες και αποβάλλονται.

1.1.2. Στοματική κοιλότητα

Η στοματική κοιλότητα αποτελεί το πρώτο τμήμα του πεπτικού σωλήνα. Εδώ η τροφή αναμειγνύεται με τον σίελο που εκκρίνεται από τρία ζεύγη σιελογόνων αδένων (παρωτίδα, υπογνάθιοι, υπογλώσσιοι) για να διευκολύνεται η προώθησή της προς τον οισοφάγο. Το στόμα είναι το όργανο της ομιλίας.

1.1.3. Οισοφάγος

Ο οισοφάγος, βρίσκεται μεταξύ του φάρυγγα και του στομάχου, ενώνοντας τα δύο όργανα. Μέσω πρωτογενών και δευτερογενών περισταλτικών κινήσεων προωθεί την τροφή προς τον στομάχο. Εκτείνεται από τον 60 αυχενικό σπόνδυλο έως και τον 100 θωρακικό, με μήκος περί τα 25 εκατοστά, ενώ η διάμετρός του μεταβάλλεται με προοδευτική αύξηση από το άνω προς το κάτω τμήμα του.

Το τοίχωμά του διαιρείται σε τρεις χιτώνες: (α) τον βλεννογόνο, (εσωτερική επικάλυψη του οισοφάγου, αποτελούμενη από πλακώδες επιθήλιο), (β) τον υποβλεννογόνο, και (γ) τον μυϊκό (αποτελούμενος από δύο στιβάδες, την κυκλοτερή και την επιμήκη και διαχωριζόμενος στο άνω τμήμα, στο μέσο και στο κάτω). Διαθέτει δύο σφιγκτήρες (στόμια) στα άκρα του, τον άνω οισοφαγικό, (σύνδεση οισοφάγου – φάρυγγα) και τον κάτω οισοφαγικό (ή καρδιακό στόμιο), (σύνδεση οισοφάγου – στομάχου, εμποδίζοντας την παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου προς τον οισοφάγο), (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

1.1.4. Στομάχος

Ο στομάχος εντοπίζεται κάτω από το διάφραγμα, αποτελώντας τη συνέχεια του οισοφάγου και το ενδιάμεσο όργανο μεταξύ αυτού και του τμήματος του δωδεκαδάκτυλου του λεπτού εντέρου. Διαιρείται σε τρία τμήματα τον θόλο, το σώμα και τον πυλωρό, ενώ διαθέτει πολλούς αδένες (έκκριση ενζύμων και ορμονών, για την επίτευξη της πέψης). Η

χωρητικότητα του επιτρέπει την συγκράτηση 2-3 λίτρων τροφής, (ώστε να επιτυγχάνεται η αποθήκευση της τροφής και των απαραίτητων για την πέψη γαστρικών υγρών – εκκριμάτων των αδένων του γαστρικού βλεννογόνου).

Κατατάσσεται στην ομάδα οργάνων της άνω κοιλίας, εκτεινόμενος στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα. Η θέση του εξαρτάται από τις κινήσεις του διαφράγματος κατά τη διάρκεια της αναπνοής και από τη θέση του ατόμου. Το σχήμα του εξαρτάται από τον τόνο του και σύμφωνα με αυτόν διακρίνεται σε Ορθοτονικό (σχήμα αγκίστρου ή J), σε Υπερτονικό (σχήμα κέρατος – εγκάρσια θέση) και σε Υποτονικό (εξαιρετικά επιμήκης).

Διαθέτει δύο διαφορετικά στόμια: (α) το καρδιακό στόμιο, (περιοχή επικοινωνίας του με τον οισοφάγο) και (β) το πυλωρικό στόμιο ή πυλωρό, (τελικό τμήμα της πυλωρικής μοίρας που καταλήγει στον πυλωρικό σφιγκτήρα, για τον έλεγχο του ρυθμού αποβολής της τροφής από τον στόμαχο στον δωδεκαδάκτυλο). Αποτελείται από την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια, διαχωριζόμενες μέσω δύο τοξοειδών χειλών: (α) το έλασσον τόξο, (δεξιό κοίλον τόξο σχηματίζοντας στο βαθύτερο τμήμα του την γωνιαία εντομή) και (β) το μείζον τόξο, (αριστερό κυρτό τόξο με μήκος τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερο του ελάσσονος). Μέσω της γωνιαίας εντομής επιτυγχάνεται η διαίρεση του στομάχου σε 2 μέρη: (α) τον κυρίως στομάχο (πεπτική μοίρα) και (β) τον πυλωρικό στομάχο (εξωθητική μοίρα).

1.1.5. Λεπτό έντερο

Το λεπτό έντερο έχει μήκος 6 -7 μέτρα και διαιρείται στο δωδεκαδάκτυλο, την νήστιδα και τον ειλεό. Ο βλεννογόνος του καλύπτεται από τις μικρολαχνές, (με ψυκτροειδή εμφάνιση, αυξάνουν την απορροφητική του επιφάνεια σε 100m²), ενώ οι αδένες που βρίσκονται στην επιφάνειά του εκκρίνουν βλέννα και εντερικά υγρά, παρέχοντας τα απαραίτητα ένζυμα για τη διάσπαση των τροφών. Στο χόριο του λεπτού εντέρου υπάρχουν αγγεία (αιμοφόρα και λεμφικά) και ανοσοκύτταρα (λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα).

Το λεπτό έντερο εκτελεί περισταλτικές κινήσεις, για την προώθηση του περιεχομένου του λεπτού εντέρου προς το παχύ έντερο. Παράλληλα, εκτελεί και αναδευτικές κινήσεις, για την περαιτέρω ανάμειξη των τροφών με τα ένζυμα των εντερικών υγρών και την ταυτόχρονη προώθηση των τροφών προς τις λάχνες του βλεννογόνου του, για τη μέγιστη δυνατή απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών.

Στον δωδεκαδάκτυλο του λεπτού εντέρου καταλήγει, εκτός του εντερικού υγρού, ο χοληδόχος πόρος που μεταφέρει τη χολή και ο παγκρεατικός πόρος που μεταφέρει το, πλήρες σε ένζυμα, παγκρεατικό υγρό.

1.1.6. Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο διαιρείται στο τυφλό, στο ανιόν κόλον, στο εγκάρσιο κόλον, στο κατιόν κόλον, στο σιγμοειδές, στο ορθό και στον πρωκτό. Το σύνολο των άπεπτων υπολειμμάτων των τροφών σε συνδυασμό με τα πεπτικά υγρά κατευθύνονται και διέρχονται από το παχύ έντερο, στο οποίο επιτελούνται οι διεργασίες εκείνες, μέσω των οποίων τα υγροποιημένα, πλέον, τρόφιμα, μετατρέπονται σε στερεά κόπρανα, ώστε να αποβληθούν τελικά από το ορθό. Τα δε υγρά στοιχεί και οι ηλεκτρολύτες που παράγονται κατά τη διενέργεια των ανωτέρω διεργασιών, επανααρροφώνται κυρίως στο ανιόν και στο εγκάρσιο κόλον.

Περιέχει βακτήρια μη παθογόνα και την εντερική χλωρίδα (η οποία συμβάλλει στη διάσπαση των τροφών και δρα προστατευτικά προς το παχύ έντερο έναντι σε πιθανές εισβολές παθογόνων μικροβίων). Η νεύρωσή του επιτυγχάνεται μέσω του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ο βλεννογόνος του έχει πολλούς αδένες που εκκρίνουν βλέννα και διάφορες ρυθμιστικές ουσίες, (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

1.1.7. Επικουρικά όργανα του πεπτικού συστήματος

Εκτός των βασικών οργάνων του πεπτικού συστήματος, το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη και η εξωκρινής μοίρα του παγκρέατος, κατατάσσονται ως επικουρικά όργανα στο εν λόγω σύστημα. Το ήπαρ και η χοληδόχος κύστη συνεισφέρουν στις διαδικασίες της πέψης και την απορρόφηση των λιπαρών συστατικών στοιχείων, μέσω της παραγωγής (ήπαρ) και αποθήκευσης (χοληδόχος κύστη) της χολής (υδαρές διάλυμα, που περιέχει σημαντικές για την γαλακτοματοποίηση και τη διευκόλυνση της απορρόφησης των λιπών ουσίες, όπως τα χολικά άλατα, η χοληστερόλη, η χολερυθρίνη, οι ηλεκτρολύτες, το νερό και τα φωσfolιπίδια). Η εξωκρινής μοίρα του παγκρέατος παράγει το αλκαλικό παγκρεατικό υγρό, το οποίο περιέχει ποικίλα ένζυμα, και η κύρια αποστολή του είναι η εξισορρόπηση του pH, ώστε να βελτιστοποιείται η δράση των εντερικών ενζύμων και να επιτυγχάνεται η απορρόφηση των λιπών, των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων.

Το πάγκρεας αποτελεί έναν αδέν, ο οποίος βρίσκεται ανάμεσα στον στόμαχο και στο λεπτό έντερο, παράγοντας πεπτικά ένζυμα. Το σχήμα του είναι περίπου τριγωνικό, εκτεινόμενο εγκαρσίως εντός της κοιλίας. Βρίσκεται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, πίσω από το μείζον τόξο του στομάχου με την κεφαλή του να εντοπίζεται δίπλα στον δωδεκαδάκτυλο του λεπτού εντέρου και την ουρά του να εκτείνεται έως τον σπλήνα. Στην ουσία αποτελείται από δύο διακριτά όργανα, διαθέτοντας αφενός εξωκρινή μοίρα και, αφετέρου, ενδοκρινή μοίρα, οι οποίες έχουν διακριτές λειτουργίες, (LeMone et al., 2011).

1.1.8. Παθολογική ανατομία

Η δομή, η λειτουργία και η αποστολή του πεπτικού συστήματος το καθιστά ένα πολύπλοκο σύστημα, με σημαντικό ρόλο για την ορθή και υγιή λειτουργία του οργανισμού. Η αποστολή του περιλαμβάνει την πέψη, την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, τον μεταβολισμό των προσλαμβανόμενων ουσιών και την απομάκρυνση των περιττών, περιλαμβάνοντας σημαντικό αριθμό ενδοκρινικών λειτουργιών. Η πολυπλοκότητά του, το καθιστά ευπαθές σε αρκετές παθήσεις, εκδηλωνόμενες σε ένα ή σε περισσότερα εκ των οργάνων του, ενώ ενδέχεται και η ταυτόχρονη εκδήλωση διαφορετικών παθήσεων, (Σφηκάκης, και συν., 2015).

Στις περισσότερες συχνά εμφανιζόμενες παθήσεις του πεπτικού συστήματος περιλαμβάνονται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η οισοφαγίτιδα, η γαστρίτιδα, το πεπτικό έλκος (έλκος στομάχου και έλκος δωδεκαδάκτυλου), η τελική ειλεΐτιδα (νόσος του Crohn), η κολίτιδα και η ελκώδης κολίτιδα, η παγκρεατίτιδα, η χολολιθίαση, οι πολύποδες και οι κακοήθειες του πεπτικού συστήματος, η δυσκοιλιότητα και οι διάρροιες και το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

Όσον αφορά στα νοσήματα του παχέος εντέρου, αυτά διαχωρίζονται σε (α) συγγενείς ανωμαλίες (ατρησία – στένωση, ανωμαλίες ορθού – πρωκτού, διαταραχή θέσης, κ.ά.), (β) διαταραχές κινητικότητας (σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ιδιοπαθής δυσκοιλιότητα, κ.ά., μη ειδικά νοσήματα), (γ) δομικές διαταραχές (εκκοπλωμάτωση, αγγειοδυσπλασίες, συστροφή, κ.ά.), (δ) νοσήματα περιπρωκτικής περιοχής (αιμορροειδοπάθεια, απόστημα, μονήρες έλκος ορθού, κ.ά.), (ε) λοιμώξεις (οξείες διάρροιες), (στ) φλεγμονώδη νοσήματα – κολίτιδες (ελκώδης, νόσος του Chron, μικροσκοπική, ισχαιμική, κ.ά.) και (ζ) όγκοι και νεοπλασμάτα (καρκίνος, πολύποδες, υποβλεννογόνιες βλάβες, κ.ά.).

Η συμπτωματολογία των παθήσεων του πεπτικού συστήματος, περιλαμβάνει:

(α) την αίσθηση πόνου, λόγω έντονης μυϊκής σύσπασης του ιστού, διάτασης του εκάστοτε οργάνου, χημικού ερεθισμού του βλεννογόνου ή και εμφάνισης φλεγμονής στο περιτοναίον, ενώ ενδέχεται να εστιάζει σε συγκεκριμένο σημείο ή να εκτείνεται στο σύνολο της κοιλιακής χώρας και του θώρακα.

(β) το αίσθημα ναυτίας και ο έμετος (με τη ναυτία να αποτελεί το αίσθημα δυσφορίας που προκαλεί τάση για έμετο, και τον έμετο την τελική αποβολή του περιεχομένου του στόμαχου μέσω του στόματος).

(γ) την αναγωγή, (προς τα άνω κίνηση μικρής ποσότητας γαστρικών υγρών από τον στόμαχο προς τον οισοφάγο και το στόμα, χωρίς ωστόσο την προηγούμενη ύπαρξη ναυτίας ή έμετου).

(δ) την αιμορραγία, η οποία διακρίνεται σε αιματέμεση (αποβολή αίματος από το στόμα), σε μέλαινα κένωση (αποβολή αίματος κατά την κένωση, υπό της μορφής κοπράνων μαύρου χρώματος, λόγω της μετατροπής της αιμοσφαιρίνης σε αιματίνη με την επίδραση του HCL του στομάχου) και στην αποβολή αίματος έντονου κόκκινου χρώματος από το απευθυσμένο (με αιτιολογικούς παράγοντες που εντοπίζονται συνήθως στο τελικό τμήμα του εντέρου).

(δ) το αίσθημα δυσφαγίας, η οποία αφορά στην δυσχέρεια στην κατάποση τροφής (κυρίως στερεάς μορφής, αλλά και υγρής μορφής ή ακόμη και των δύο μορφών).

(ε) η ερυγή, δηλαδή η απότομη αποβολή προερχομένου από τον στόμαχο αέρα από το στόμα.

(στ) η αίσθηση οπισθοστερνικού καύσου, στην περιοχή πίσω από το στήννο που οφείλεται στην παλινδρόμηση του γαστρικού υγρού προς τον ευαίσθητο βλεννογόνο του οισοφάγου.

(ζ) η αίσθηση τεινεσμού (συνεχής έπειξη προς αφόδευση).

(η) η ύπαρξη βορβορυγμών, οι οποίοι αφορούν στους «θορύβους» που προέρχονται από την μετακίνηση μείγματος αέρα και υγρών εντός του πεπτικού σωλήνα.

(θ) η εκδήλωση λύγκα (λόξυγκα), ο οποίος οφείλεται σε διαλείποντα σπασμό του μυός του διαφράγματος λόγω ερεθισμού του φρενικού νεύρου.

(ι) η εμφάνιση ικτέρου, κατά τον οποίο το δέρμα και οι επιπεφυκότες αποκτούν κιτρινωπή χροιά λόγω της υψηλής συγκέντρωσης χολερυθρίνης στο αίμα.

(ια) η εμφάνιση συσπάσεων της κοιλιάς, λόγω συσπάσεων των μυών της κοιλιάς που αποτελούν επακόλουθο ερεθισμού αυτής από φλεγμονώδη ή τοξικά αίτια.

(ιβ) η διάρροια, δηλαδή η ταχεία και πολλαπλή εκκένωση του περιεχομένου του εντέρου με αριθμό κενώσεων περισσότερων των τριών ημερησίως σε ποσότητα που υπερβαίνει τα 200g.

(ιγ) η δυσκοιλιότητα, δηλαδή η επιβράδυνση ή η αδυναμία προώθησης του περιεχομένου του παχέος εντέρου προς έξοδο δια του ορθού με αριθμό κενώσεων λιγότερων των τριών την εβδομάδα, (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Η εις βάθος κατανόηση της νοσολογίας του πεπτικού συστήματος, απαιτεί καταρχήν την κατανόηση των βασικών στοιχείων της ανατομίας και της φυσιολογίας του. Είναι απαραίτητη η προσεκτική και εκτενής λήψη του ιστορικού του ασθενούς, και η εξέταση της κλινικής εικόνας και η αντικειμενική εξέταση, τα οποία και αποτελούν τη βασική προσέγγιση. Ωστόσο, η ορθή και οριστική διάγνωση των παθήσεων του πεπτικού συστήματος, απαιτεί, σε πολλές περιπτώσεις, την διενέργεια ενδοσκοπικών, απεικονιστικών και ιστολογικών εξετάσεων, τα αποτελέσματα των οποίων, συστήνεται να συνεκτιμώνται βάσει της κλινικής εικόνας του ασθενούς, αλλά και την ευαισθησία και τον εξειδικευμένο σχεδιασμό της εξέτασης, όσον αφορά στη διερευνώμενη πάθηση, (Σφηκάκης, και συν., 2015).

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το πεπτικό σύστημα αποτελεί έναν συνεχόμενο, κοίλο σωλήνα, εκτεινόμενο από την στοματική κοιλότητα έως τον πρωκτό. Αποτελεί το όριο ανάμεσα στο εξωτερικό και το εσωτερικό περιβάλλον, ευθυνόμενο για την προετοιμασία της τροφής για την εισαγωγή της στο σώμα και για τον εφοδιασμό του με νερό, άλατα, θρεπτικά συστατικά και ενέργεια. Αποτελεί ομάδα συνεργαζομένων οργάνων, λειτουργώντας συλλογικά για την υλοποίηση της διαδικασίας της απορρόφησης, δηλαδή «τη μεταφορά με διάχυση, διακίνηση με μεταφορέα ή με ενδοκυττάρωση, του νερού, των ηλεκτρολυτών και των οργανικών θρεπτικών συστατικών, που προέρχονται από την τροφή, από τον αυλό του εντέρου στο αίμα της πυλαίας φλέβας και στη λέμφο και στα κύτταρα του σώματος», (Σφηκάκης και συν., 2015).

Κάθε επιμέρους τμήμα του είναι επιφορτισμένο με μια διαφορετική, ειδική λειτουργία. Αποστολή του είναι η υποβολή της τροφής στις κατάλληλες διεργασίες για την πέψη. Οι τροφές προωθούνται κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα προς τον στόμαχο και διασπώνται στα συστατικά τους, τα οποία απορροφώνται από τον αυλό του λεπτού εντέρου και εισέρχονται στο κυκλοφορικό σύστημα. Στις διαδικασίες πέψης περιλαμβάνονται η προώθηση της τροφής και των υπολειμμάτων της πέψης, η έκκριση βλέννας, νερού και ενζύμων, η επεξεργασία της τροφής (μηχανική και χημική) και η απορρόφηση των τροφών που ήδη έχουν υποστεί πέψη, του νερού και των αλάτων. Ακολουθεί η κυκλοφορία του εμπλουτισμένου με τα εν λόγω θρεπτικά συστατικά αίματος προς όλα τα όργανα, (LeMone et al., 2011).

Στην περίπτωση που ένα από τα επί μέρους όργανα του συστήματος υπολειτουργεί, παρουσιάζονται παθήσεις, εντοπιζόμενες στην περιοχή του κατά περίπτωση οργάνου, ή και να εκτείνονται και σε άλλα όργανα του συστήματος, ή ακόμη και να επηρεάζουν όργανα και λειτουργίες των υπολοίπων συστημάτων του σώματος. Επομένως, είναι σημαντική η αντιμετώπιση των προβλημάτων του, καθώς η επαρκής ή μη λειτουργία του, μπορεί να επηρεάσει την υγεία του ατόμου στο σύνολό της. Επί παραδείγματι, ανεπαρκής διάσπαση της τροφής, οδηγεί στον ελλιπή διαχωρισμό των θρεπτικών συστατικών της και, συνεπώς, την μερική απορρόφηση αυτών, και την έλλειψη ή και ανεπάρκεια σε σημαντικά χημικά στοιχεία.

Οι παθήσεις του διαχωρίζονται σε παθήσεις του ανώτερου και παθήσεις του κατώτερου πεπτικού συστήματος, ανάλογα με την περιοχή όπου εντοπίζονται και επιδρούν. Κατά την κλινική εξέταση, η κοιλιακή χώρα διαιρείται ιδεατά σε εννέα περιοχές, βάσει τεσσάρων νοητών γραμμών, δημιουργώντας τις περιοχές του δεξιού υποχονδρίου, του αριστερού υποχονδρίου, του κυρίως επιγαστρίου, της δεξιάς πλάγιας κοιλιακής χώρας, της αριστερής πλάγιας κοιλιακής χώρας, της ομφαλικής χώρας, του δεξιού λαγόνιου βόθρου, του αριστερού λαγόνιου βόθρου (βουβωνικές χώρες) και του κυρίως υπογαστρίου, (Δάϊκος, 2015).

1.3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια πολυπαραγοντική πάθηση, για την οποία μάλιστα δεν φαίνεται να ευθύνεται αποκλειστικά κανένας ειδικός παθογενετικός μηχανισμός. Μάλιστα, παρόλο που πλέον το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου διερευνάται εντατικά, η παθοφυσιολογία του και η παθογένεια των συμπτωμάτων του, παραμένουν αδιευκρίνιστες, ενώ δεν έχουν ακόμη αναγνωρισθεί ανατομικοί, λειτουργικοί ή βιοχημικοί δείκτες της πάθησης. Η εκδήλωση του συνδρόμου χαρακτηρίζεται, ωστόσο, από διαταραχή της ρύθμισης της κινητική και της αισθητικής λειτουργίας του παχέος εντέρου από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε κάποιες δε περιπτώσεις, αποτελεί ενδεχόμενη απόρροια γαστρεντερίτιδας, (με περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από λοιμώξεις γαστρεντερίτιδας οι οποίες προκαλούνται από τα στελέχη *Campylobacter*, *Salmonella* ή *Shigella*), (Σκλάβαινα, 2016).

Κατά συνέπεια, παρατηρείται, στις περισσότερες περιπτώσεις, αυξημένη κινητική αντίδραση του πεπτικού συστήματος, και ιδίως του λεπτού και του παχέος εντέρου, απέναντι σε ποικίλα ερεθίσματα (π.χ. πρόσληψη τροφής, ορμονικές επιδράσεις, στρες σωματικής ή ψυχολογικής φύσεως). Η εν λόγω αλλαγή της κινητικότητας του πεπτικού συστήματος, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν φαίνεται να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ή μοτίβο κινητικής δραστηριότητας. Μπορεί να χαρακτηρίζεται, ωστόσο, από αυξημένη συχνότητα και διαταραχή των ενδοαυλικών συσπάσεων, παρατεταμένο χρόνο διάβασης, αυξημένη κινητικότητα μετά από γεύματα ή μετά από διέγερση με χολοκυστοκίνη.

Παράλληλα, παρατηρείται ενίσχυση των αισθητικών ερεθισμάτων (σπλαχνική υπερευαισθησία) λόγω της μετακίνησης του εντερικού περιεχομένου διαμέσω του αυλού του εντέρου. Η εν λόγω σπλαχνική ευαισθησία, εντοπίζεται συνήθως έναντι σε περιφερική ευαισθητοποίηση σπλαχνικών προσαγωγών νευρικών οδών (υπερευαισθησία υποδοχέων των νευρώνων ιδιοδεκτικής αισθητικότητας) ή σε κεντρική αυξημένη επαγρύπνηση/υπεραντιδραστικότητα στα επώδυνα ερεθίσματα ή ακόμη μπορεί να εμφανίζεται έναντι και των δύο. Αποδίδεται σε διαταραχές στον άξονα εγκεφάλου – εντέρου που δημιουργούν ποικίλα μοτίβα δυσλειτουργίας, τα οποία εμπλέκονται μεταξύ του κεντρικού νευρικού συστήματος και των περιφερικών οργάνων, (LeMone et al., 2011).

Η σπλαχνική υπερευαισθησία που συνδέεται με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σχετίζεται επίσης με μακροχρόνιες, παροδικές διαταραχές των αντανεκλαστικών ομοιοστάσης (περιφερικά ή/και κεντρικά), οι οποίες οδηγούν σε αλλαγές «αναδιαμόρφωσης» (neuroplastic) στον άξονα εγκεφάλου – εντέρου (περιφερικές ή/και κεντρικές), με τελική

συνέπεια την εμφάνιση μόνιμων δυσλειτουργιών, χρόνιου άλγους, δυσφορίας και αλλαγών στη συχνότητα κενώσεων. Ακόμη, σχετίζεται υποσυνείδητα με δυσάρεστες αναμνήσεις προερχόμενες από την ανεπαρκή διαχείριση εσωτερικών ερεθισμάτων (maladaptive interoceptive memories), γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη ενός κεντρικού μηχανισμού άμυνας, ο οποίος ενεργοποιείται σε περιπτώσεις ύπαρξης όποιας συναισθηματικής διαταραχής, αναπαράγοντας αισθήματα πόνου και δυσφορίας), (Σκλάβαινα, 2016).

Ακόμη ένα σύνηθες σύμπτωμα που χαρακτηρίζει το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου είναι και η άφθονη έκκριση βλέννας από το παχύ έντερο. Σημειώνεται μάλιστα ότι είναι συχνή και η παρατήρηση χαμηλού ουδού του σπλαχνικού πόνου, με τους πάσχοντες από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου να παρουσιάζουν συμπτώματα πόνου, αισθήματος μετεωρισμού ή και διάταση της κοιλίας, ακόμη και σε περιπτώσεις που η περιεκτικότητα του εντέρου σε αέρια είναι φυσιολογική, (LeMone et al., 2011).

Επιπροσθέτως, η σεροτονίνη, η οποία αποτελεί έναν νευροδιαβιβαστή, ο οποίος συμμετέχει ενεργά στην ρύθμιση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως επίσης και στην αντίληψη της σπλαχνικής αισθητικότητας, φαίνεται ότι συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με την παθογένεια του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου.

Με την παθογένεια του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, φαίνεται ότι συνδέονται, σε πολύ υψηλό μάλιστα βαθμό, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι φοβίες ή και τα συμπτώματα σωματοποίησης. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι παρόλο που όλες οι ενδείξεις καταδεικνύουν σημαντικό βαθμό συσχέτισης, έως σήμερα δεν έχει επιβεβαιωθεί η απόλυτη συσχέτισή τους, ως αίτια του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Τέλος, στην παθοφυσιολογία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου περιλαμβάνεται και η γενετική προδιάθεση του ασθενούς, καθιστώντας μεγάλη τη σημασία της οικογενούς προδιάθεσης αλλά και των κοινωνικών ερεθισμάτων. Μελέτες στον τομέα καταδεικνύουν ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σχετίζεται με την ύπαρξη συγκεκριμένων γονιδίων ή και γονιδιακών διαταραχών, όπως η ύπαρξη πολυμορφισμών στο γονίδιο του μεταφορέα της σεροτονίνης (SERT), στη β3 υπομονάδα της G πρωτεΐνης (GNβ3), κ.ά., (LeMone et al., 2011).

1.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο όρος «σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου» χρησιμοποιείται για την περιγραφή μιας συχνής νόσου που σχετίζεται με την παρατήρηση ανωμαλιών/διαταραχών, στην κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα, η οποία μάλιστα εστιάζει περισσότερο στην κινητικότητα του παχέος εντέρου και συνοδεύεται από ποικίλα ενοχλήματα. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συχνά χαρακτηρίζεται από κοιλιακό πόνο μαζί με δυσκοιλιότητα, διάρροια ή και τα δύο. Πρόκειται για λειτουργική διαταραχή, χωρίς αναγνωρίσιμη οργανική αιτία, ενώ σχετίζεται περισσότερο με ψυχολογικούς παράγοντες, συγκίνηση ή στρες. Περιγράφεται επίσης και με την χρήση του όρου «σπαστική κολίτιδα», (LeMone et al., 2011).

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζει αρκετά υψηλή συχνότητα εμφάνισης, προσβάλλοντας έως και το 20% του πληθυσμού στις Δυτικές χώρες (ανεπτυγμένες χώρες). Ο επιπολασμός εμφάνισης του συνδρόμου μεταξύ των δύο φύλων είναι υψηλότερος στις γυναίκες. Παρόλο που είναι δυνατή η πρώτη εμφάνισή του σε παιδιά και σε υπερήλικες, συνήθως εκδηλώνεται σε ενήλικες, ηλικίας κάτω των 35 ετών. Δεν παρατηρούνται σημαντικές στατιστικές διαφορές στην επίπτωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μεταξύ φυλών. Στις Η.Π.Α. γίνονται 2,5 έως 3,5 εκατομμύρια ιατρικές επισκέψεις κατ' έτος και αναγράφονται 2,2 εκατ. συνταγές για φάρμακα που αφορούν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, (Καναγκίνης, 2008).

Τα συχνότερα συμπτώματα του συνδρόμου περιλαμβάνουν την εκδήλωση κοιλιακού άλγους, το οποίο υποχωρεί με την κένωση. Σημαντική είναι η παρακολούθηση της ύπαρξης μεταβολών στις συνήθειες του εντέρου. Παράλληλα, μπορεί να εκδηλωθούν συμπτώματα τεινισμού, ερυγών και φύσων, ενώ παρατηρείται εναλλαγή μεταξύ διάρροιας και δυσκοιλιότητας (κατά την διάρκεια της οποίας τα κόπρανα έχουν μορφή σκυβάλου και μεγάλη περιεκτικότητα σε βλέννη), (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Το κοιλιακό άλγος ενδέχεται να είναι κολικοειδές (υπό τη μορφή σπασμών), ή αμβλύ και συνεχές. Ο ασθενής, ακόμη, μπορεί να παραπονείται για αίσθημα μετεωρισμού και την ύπαρξη υπερβολικών ποσοτήτων αέρα στην κοιλία. Άλλες εκδηλώσεις είναι: ναυτία, έμετος, ανορεξία, κόπωση, κεφαλαλγία, κατάθλιψη ή άγχος/ η κοιλία συχνά είναι ευαίσθητη κατά την ψηλάφηση και ιδιαίτερα κατά την ψηλάφηση στην ανατομική θέση του σιγμοειδούς (αριστερό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο), ((LeMone et al., 2011).

Τονίζεται δε ότι τα κυριότερα συμπτώματα του συνδρόμου παχέος εντέρου, τα οποία και καθορίζουν την κλινική εικόνα ενός ασθενούς, είναι το κοιλιακό άλγος ή και η ύπαρξη ενοχλήσεων που σχετίζονται (α) με κάποια αλλαγή στις συνήθειες του παχέος εντέρου ή (β) με κάποια διαταραγμένη αφαίμαξη. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι το εν λόγω κοιλιακό άλγος ή οι

ενοχλήσεις που σχετίζονται με το σύνδρομο, μπορεί να είναι, σε πολλές περιπτώσεις, «κακώς εντοπισμένος», ενώ μάλιστα, ενδέχεται να εμφανίζεται και ως μεταναστευτικός και μεταβλητός. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα εν λόγω συμπτώματα εμφανίζονται μετά τη λήψη τροφής, σε περιόδους υψηλού στρες ή και κατά τη διάρκεια της εμμηνόρροιας.

Ακόμη, εκτός των ανωτέρω αναφερομένων συμπτωμάτων, στην κλινική εικόνα ασθενούς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, περιλαμβάνονται αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου (συχνές διάρροιες, δυσκοιλιότητες ή και εναλλαγή των δύο). Παράλληλα, εκδηλώνεται με αίσθημα «φουσκώματος» ή κοιλιακών διατάσεων, αύξηση της εκκρινόμενης βλέννας, καθώς και αίσθηση επείγουσας ανάγκης προς κένωση ή αίσθηση ατελούς κένωσης. Συχνά μάλιστα είναι δυνατόν να αναφερθούν συμπτώματα άλλων λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών, (π.χ. πόνος στο στήθος, καούρα, ναυτία ή δυσπεψία, δυσκολία στην κατάποση ή αίσθηση κόπρου στο λαιμό ή κλείσιμο του λαιμού), (Gros, 2009).

Συνοψίζοντας, οι σημαντικότερες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου περιλαμβάνουν τις εξής διαταραχές:

- Μεταβολές στη συχνότητα των κενώσεων,
- Παθολογική σύσταση κοπράνων (σκληρά κόπρανα που σχηματίζουν ογκώδεις κοπρανώδεις μάζες ή χαλαρές/υδαρείς κενώσεις),
- Διαταραχές της προώθησης των κοπράνων (έντονη προσπάθεια, αίσθημα ατελούς προς αφόδευση ή αίσθημα ατελούς κένωσης),
- Αποβολή βλέννας.

Σημειώνεται ότι δεν είναι δυνατή η ακτινολογική απεικόνιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, ενώ αρνητική είναι και η κολονοσκόπηση. Βασικό κριτήριο για τον αποκλεισμό συνδρόμων δυσαπορρόφησης με την ίδια συμπτωματολογία (π.χ. τη δυσανεξία στη λακτόζη) είναι ο έλεγχος της σταθερότητας του βάρους του ασθενούς, (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια εξαιρετικά πολύπλευρη πάθηση, για την οποία παραμένουν ακόμη αδιευκρίνιστα τα ακριβή παθολογικά αίτια. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η διαταραχή της κινητικότητας του εντέρου αφορά διακυμάνσεις στην κινητικότητα.

Η προώθηση του εντερικού περιεχομένου είναι αποτέλεσμα συντονισμένων προωθητικών συσπάσεων του εντερικού τοιχώματος, επομένως τόσο η υπερκινητικότητα, όσο και υποκινητικότητα του λεπτού και παχέος εντέρου θεωρούνται υπεύθυνες. Οι μαζικές

συσπάσεις πυροδοτούν «σπασμούς» του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα την πρόκληση κοιλιακού πόνου, διάρροιας ή δυσκοιλιότητας. Όσον αφορά το λεπτό έντερο, φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένο χρόνο προώθησης της τροφής σε διάρροια και ελαττωμένο σε δυσκοιλιότητα.

Σύγχρονες έρευνες μελετούν την ύπαρξη γενικευμένης «υπεραντιδραστικότητας» των σπλάχνων στα ερεθίσματα, με τα πορίσματά τους να υποδεικνύουν ότι υπάρχει συσχέτιση του οισοφάγου και της χοληδόχου κύστης, καθώς επίσης και της ουροδόχου κύστης. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα καταδεικνύεται ότι ενδεχομένως να υποκρύπτεται στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου μια γενικευμένη διαταραχή της κινητικότητας των λείων μυικών ινών ή κάποια γενικευμένη δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου σημαντικό ποσοστό συμμετοχής φαίνεται να αποτελεί και η διαταραχή της σπλαχνικής αισθητικότητας, καθώς τουλάχιστον στα 2/3 των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εντοπίζεται αυξημένη αντίληψη/αίσθηση ή σπλαχνική υπερευαισθησία, (η οποία αποτελεί και τον μηχανισμό εκείνο ο οποίος ευθύνεται για τις μεταβολές της κινητικότητας του εντέρου αλλά και για το κοιλιακό άλγος). Η εν λόγω δε υπερευαισθησία οδηγεί τους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου να αντιλαμβάνονται τις αισθήσεις του πεπτικού σωλήνα, του θώρακα, της κοιλιάς και του ορθού, οι οποίες, υπό συνήθεις συνθήκες, δεν γίνονται αντιληπτές, καθιστώντας τους «παθολογικά ευαίσθητους» σε φυσιολογικά ερεθίσματα που προέρχονται από το εσωτερικό του εντέρου κατά τη διάρκεια της πέψης, όπως τα αέρια, οι λιπαρές τροφές ή τα λαχανικά.

Παράλληλα, φαίνεται ότι οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έχουν αυξημένη ευαισθησία απέναντι στο στρες, με τον εσωτερικό μηχανισμό άμυνας που θα έπρεπε να «φιλτράρει» τα εν λόγω ερεθίσματα να υπολειτουργεί. Τονίζεται ότι έως και το 80% των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εμφανίζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές, χωρίς όμως να υπάρχει ένα τυπικό ψυχοπαθολογικό μοντέλο για όλους τους ασθενείς. Εμφανίζουν συχνότερα μείζονα κατάθλιψη (σε συχνότητα άνω του 30%), διαταραχές σωματοποίησης, αγχώδη νεύρωση, διαταραχές πανικού, φοβίες, καθώς και επιθετικότητα, υποχονδρίαση και αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία. Από τα διαθέσιμα κλινικά και ερευνητικά δεδομένα, υποδηλώνεται ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές προϋπάρχουν ή εκδηλώνονται ταυτόχρονα με τα κοιλιακά ενοχλήματα στο 67-85% των ασθενών, ενώ μάλιστα η χορήγηση ψυχιατρικής θεραπείας προσφέρει σημαντικό βαθμό βελτίωσης των συμπτωμάτων.

Σημειώνεται ότι το ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες μπορεί να αποδιοργανώσει τη γαστρεντερική λειτουργία ακόμα και σε υγιή άτομα. Το στρες επηρεάζει διαφορετικά τα διάφορα άτομα και η προκαλούμενη γαστρεντερική ανταπόκριση στο ίδιο άτομο μπορεί να

ποικίλει από μέρα σε μέρα, ανάλογα με τη συναισθηματική του κατάσταση. Το στρες από διάφορα γεγονότα της ζωής πυροδοτεί την εμφάνιση, την υποτροπή ή την επιδείνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου περιλαμβάνεται και η προϋπάρχουσα εντερική φλεγμονή, καθώς έως το 30% των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου περιγράφει οξεία συμπτώματα σε ακολουθία επεισοδίου οξείας γαστρεντερίτιδας. Παράγοντες για την ανάπτυξη μεταλοιμώδους ευερέθιστου εντέρου είναι η μακριά διάρκεια της γαστρεντερίτιδας, ο τύπος του μικροβίου, το κάπνισμα, το γυναικείο φύλο, η νεαρή ηλικία και η απουσία εμετών κατά τη νόσηση. Άλλες αιτίες περιορισμένης φλεγμονής μπορεί να είναι μια αυξημένη ευπάθεια σε αλλεργιογόνα των τροφών ή ληφθείσες χημικές ουσίες.

Ακόμη, η εμφάνιση συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου φαίνεται να επηρεάζεται και από το εντερικό μικροβίωμα, καθώς η μικροβιακή χλωρίδα των πασχόντων από το σύνδρομο φαίνεται να διαφέρει από την αντίστοιχη των υγιών ατόμων. Η ακριβής συσχέτιση της αλληλεπίδρασης της εντερικής χλωρίδας με το ανοσολογικό σύστημα και την εμφάνιση συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί πλήρως, παρόλο που αποτελεί αντικείμενο μελέτης διεθνώς.

Τέλος αναφέρεται ότι σε έναν αριθμό ασθενών η λήψη συγκεκριμένων τροφών μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Αρχικά πρέπει να αποκλειστούν σύνδρομα δυσανεξίας. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου δεν έχει δυσανεξία σε συγκεκριμένες τροφές, αλλά τα συμπτώματα προκαλούνται με μη ειδικό μηχανισμό σε άτομα που έχουν την τάση για αυτό. Δυσανεξίες είναι βέβαιο ότι θα αυξηθούν, αν το έντερο γίνει ευαίσθητο όπως στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ενώ μπορεί να εμφανιστούν νέες που δεν ήταν αντιληπτές. Αυτές είναι πιθανότερο να είναι οι συνέπειες παρά οι αιτίες του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και τείνουν να εξαφανίζονται, όταν το σύνδρομο βελτιώνεται, (Σκλάβαινα, 2016).

1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου διαγιγνώσκεται με βάση την ύπαρξη κοιλιακού πόνου ή δυσφορίας διάρκειας τουλάχιστον 3 ημερών τον μήνα, κατά τους τελευταίους 3 μήνες, που έχει δύο από τα εξής τρία χαρακτηριστικά: (1) ανακουφίζεται με τις κενώσεις, (2) συνοδεύεται από μεταβολή της συχνότητας των κενώσεων και (3) συνοδεύεται από μεταβολή της σύστασης των κοπράνων, ((LeMone et al., 2011).

Επομένως, για τη διάγνωση του συνδρόμου απαιτούνται δύο προϋποθέσεις: (α) κοιλιακός πόνος ή δυσφορία επί 12 εβδομάδες το προηγούμενο 12μηνο, συνεχώς ή διαλειπόντως και, (β) απουσία ανατομικής βλάβης ή μεταβολικής διαταραχής που δύναται να ερμηνεύσει τα συμπτώματα. Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, το σύνδρομο μπορεί να εκδηλώνεται με δύο διαφορετικές μορφές: (α) την μορφή με προεξάρχουσα τη διάρροια και, (β) τη μορφή με προεξάρχουσα τη δυσκοιλιότητα, (Καναγκίνης, 2008).

Ο βασικός στόχος των διαγνωστικών εξετάσεων είναι ο αποκλεισμός των άλλων αιτιών κοιλιακού πόνου και διαταραχής των κενώσεων. Μπορεί να γίνει εξέταση των κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος, ύπαρξη ωαρίων και παρασίτων, καθώς και εξέταση του επιχρίσματος των κοπράνων για την αναγνώριση της ύπαρξης τυχόν λευκών αιμοσφαιρίων. Είναι δυνατόν να ζητηθεί σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση για τον έλεγχο του βλεννογόνου του εντέρου, μέτρηση των ενδοαυλικών πιέσεων και λήψη δείγματος για βιοψία από τυχόν ύποπτες βλάβες. Επίσης, πραγματοποιείται έλεγχος του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου και μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης των αιμοσφαιρίων. Η αναιμία μπορεί να υποδηλώνει απώλεια αίματος ή πιθανή ύπαρξη όγκου, ενώ η αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων μπορεί να υποδηλώνει βακτηριακή λοίμωξη, ((LeMone et al., 2011).

Συνοψίζοντας, η διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου επιτυγχάνεται βάσει κριτηρίων (ROME III), τα οποία αφορούν την ύπαρξη των παρακάτω με συγκεκριμένο τρόπο:

- ανακούφιση με την κένωση,
- αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου,
- αλλαγή στη μορφή των κοπράνων,
- αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων,
- διαταραχές στην έξοδο των κοπράνων,

- παρουσία βλέννης,
- μετεωρισμός και
- κοιλιακή διάταση.

Βέβαια πρέπει να έχει προηγηθεί έλεγχος για τον αποκλεισμό διαφόρων νοσημάτων, ενώ απαιτείται η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος (που περιλαμβάνει αιματολογικό έλεγχο, βιοχημικό και ορμονολογικό έλεγχο, εξέταση κοπράνων, θυρεοειδικό έλεγχο, καθώς και ειδικές εξετάσεις για σύνδρομο δυσαπορρόφησης). Επίσης συχνά κρίνεται σκόπιμος ο έλεγχος με ολική κολονοσκόπηση-είλεοσκόπηση. Ιδιαίτερα σε νέους ανθρώπους που θέλουν να αποφύγουν την κολονοσκόπηση, χρήσιμη είναι και η δοκιμασία καλπροτεκτίνης κοπράνων, η οποία διενεργείται με δείγμα κοπράνων στο ιατρείο και έχει αποτέλεσμα εντός ολίγων λεπτών, (Σκλάβαινα, 2016).

Αναλυτικότερα, ο εργαστηριακός έλεγχος αφορά την διενέργεια των απαιτούμενων, κατά περίπτωση, εξετάσεων, ώστε σταδιακά να επιτυγχάνεται ο αποκλεισμός άλλων παθολογικών παραγόντων εμφάνισης συμπτωμάτων, που σχετίζονται και με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει γενική εξέταση αίματος (CBC), πλήρη έλεγχο μεταβολισμού (CMP), έλεγχο επιπέδων προαλβουμίνης, έλεγχο της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ), μέτρηση λίπους κοπράνων, καλλιέργεια κοπράνων, παρασιτολογική εξέταση, μέτρηση λευκών αιμοσφαιρίων στα κόπρανα και έλεγχο της ορμόνης διεγείρουσας τον θυρεοειδή αδένα (TSH). Ανάλογα με τα αποτελέσματα των αρχικών εξετάσεων ενδέχεται να απαιτηθούν και περαιτέρω εξετάσεις που περιλαμβάνουν την εξέταση αίματος στα κόπρανα, τον έλεγχο των επιπέδων των βιταμινών B12, D και A, τον έλεγχο του χρόνου προθρομβίνης (PT), εξετάσεις για κοιλιοκάκη, εξετάσεις για κυστική ίνωση, έλεγχος της ελαστάσης κοπράνων, θρυψίνης, τρυψινογόνου, αμυλάσης, λιπάσης. Ακόμη, μπορεί να απαιτηθεί και ο έλεγχος μεθυλομηλονικού οξέως (MMA), η εξέταση αναπνοής υδρογόνου, η εξέταση απορρόφησης λακτόζης, καθώς και βιοψία εντέρου.

Η κολονοσκόπηση αποτελεί μια μέθοδο εξέτασης ασθενών, μέσω της οποίας παρέχεται η δυνατότητα απόκτησης οπτικής επαφής με το εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου και του τελικού τμήματος του λεπτού εντέρου. Προ της εξέτασης είναι απαραίτητος ο καθαρισμός του εντέρου με δίαιτα και καθαρτικά, κατά το διάστημα των προηγούμενων ημερών. Για την διεξαγωγή της εξέτασης χρησιμοποιείται ένας μακρύς και πολύ ελαστικός σωλήνας, διαμέτρου μερικών χιλιοστών, το ενδοσκόπιο, το οποίο και εισάγεται από τον πρωκτό με σκοπό τον έλεγχο του παχέος εντέρου.

Στο άκρο του ενδοσκοπίου, το οποίο εισάγεται στο σώμα του ασθενούς, υπάρχει κάμερα που εκπέμπει φως και καταγράφει εικόνα, η οποία και μεταφέρεται σε οθόνη υψηλής ευκρίνειας. Παράλληλα, είναι δυνατή η χρήση κατάλληλης λαβίδας, η οποία διέρχεται εντός του ενδοσκοπίου, ώστε να ληφθούν δείγματα από το τοίχωμα των εξεταζομένων οργάνων. Για την κολονοσκόπηση απαιτείται η ολική αναισθησία του ασθενούς.

Η δοκιμασία καλπροτεκτίνης κοπράνων χρησιμοποιείται με σκοπό την ανίχνευση της πρωτεΐνης καλπροτεκτίνη, η οποία ανιχνεύεται στο παχύ έντερο σε περίπτωση ύπαρξης φλεγμονής. Διεξάγεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (δέκα λεπτών συνήθως) και αποσκοπεί στον αποκλεισμό της πιθανότητας φλεγμονής, σε περιστατικά με συμπτώματα που σχετίζονται με το παχύ έντερο.

1.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο όρος «Διαφορική διάγνωση» περιγράφει τη διαγνωστική διαδικασία η οποία χρησιμοποιείται με σκοπό τον αποκλεισμό παθήσεων τα οποία εκδηλώνονται με παρόμοια συμπτώματα, ώστε να επιτευχθεί, τελικά, η επικρατέστερη διάγνωση. Περιλαμβάνει την παρακολούθηση και ανακάλυψη σημείων και συμπτωμάτων, τον σταδιακό υπολογισμό των περισσότερων πιθανών παθήσεων, και, στη συνέχεια, τον αποκλεισμό άλλων πιθανών διαγνώσεων, έως ότου μείνει μόνο μια συγκεκριμένη διάγνωση που να εξηγεί όλα τα σημεία και τα συμπτώματα του ασθενούς.

Ιδιαίτερα για την περίπτωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, το οποίο παρουσιάζει, όπως προαναφέρεται, συμπτώματα τα οποία είναι κοινά με αρκετά άλλα νοσήματα του πεπτικού συστήματος, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη μέθοδος απευθείας διάγνωσης. Ως εκ τούτου, η διαφορική διάγνωση, σε συνδυασμό με τη λεπτομερή λήψη ιστορικού, αποτελούν τη διαγνωστική μέθοδο που εφαρμόζεται, στοχεύοντας στον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων με παρεμφερή συμπτώματα.

Αναλυτικότερα, ο καθορισμός των τιμών της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) στο αίμα σε χαμηλότερες από 0,5 mg/dL σε συνδυασμό με καλπροτεκτίνη κοπράνων κάτω από 40 μg/g αποκλείουν κατά 99% την πιθανότητα να πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου σε ασθενείς με τυπικά συμπτώματα συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ακόμη, περαιτέρω εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη διαφορική διάγνωση του συνδρόμου, περιλαμβάνουν τη γενική εξέταση αίματος, τον έλεγχο για ύπαρξη αντισωμάτων κοιλιοκάκης, την καλλιέργεια και την παρασιτολογική κοπράνων, κ.ά.

Στα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, τα οποία διαφέρουν από τα κοινά κατά τι από τα συμπτώματα άλλων, παρεμφερών νοσημάτων και συμβάλλουν στη διαφορική διάγνωσή του περιλαμβάνονται:

- (α) Η εμφάνιση των συμπτωμάτων σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών.
- (β) Η εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή και η προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων.
- (γ) Η εμφάνιση έντονων επεισοδίων διάρροιας κατά τις νυκτερινές ώρες, τα οποία παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου και οδηγούν στην αφύπνιση του ασθενούς.

(δ) Η ύπαρξη στο οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς κάποιας οργανικής πάθησης του πεπτικού συστήματος (π.χ. καρκίνος παχέος εντέρου, κοιλιοκάκη, νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτιδα).

(ε) Η παρουσία αίματος στα κόπρανα ή τα μαύρα κόπρανα.

(στ) Η ύπαρξη σιδηροπενικής αναιμίας (συνδυασμός χαμηλής συγκέντρωσης σιδήρου, χαμηλής φεριτίνης και χαμηλού αιματοκρίτη).

Για την τελική διαφορική διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου απαιτείται ο αποκλεισμός των κάτωθι αναφερομένων παθήσεων:

1. Λοιμώξεις: Λαμβλίαση, Αμοιβάδωση, Σύνδρομο βακτηριακής υπερανάπτυξης.
2. Φλεγμονές παχέος εντέρου: Νόσος του Crohn, Ελκώδης κολίτιδα, Μικροσκοπική κολίτιδα (κολλαγονώδης, λεμφοκυτταρική).
3. Σύνδρομο δυσαπορρόφησης: Κοιλιοκάκη, Μετεγχειρητική, Παγκρεατική ανεπάρκεια.
4. Διατροφικές διαταραχές: Δυσανεξία σε τροφές όπως Λακτόζη, Σορβιτόλη, Φρουκτόζη, Καφεΐνη, Αλκοόλ, Λίπος, ή και σε τροφές που παράγουν αέρια.
5. Ψυχολογικοί παράγοντες: Άγχος, Κρίσεις πανικού, Κατάθλιψη, Σωματοποίηση.
6. Διάφορα άλλα αίτια, όπως η ενδρομητρίωση και οι ενδοκρινικοί όγκοι.

1.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μπορεί να στοχεύει στην ανακούφιση του ασθενούς από τις εκδηλώσεις του συνδρόμου και στην ελάττωση ή την απομάκρυνση των παραγόντων εκείνων που προάγουν την εμφάνισή του. Η συμπεριφορική θεραπεία ή η ψυχοθεραπεία μπορεί να ωφελήσουν τον ασθενή, ((LeMone et al., 2011).

Επομένως, στις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, προτείνεται η συμπτωματική θεραπεία συνδυαστικά με την βελτίωση της ψυχικής υγείας. Συνιστώνται αλλαγή στις προσωπικές συνήθειες του ασθενούς, επαρκής ξεκούραση, αποφυγή των τροφών που δημιουργούν πολλά αέρια όπως όσπρια, λάχανο, κουνουπίδι, διακοπή καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ και χαλαρωτική γυμναστική. Συχνά χρησιμοποιούνται αντιχολινεργικά φάρμακα ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε χαμηλές δόσεις σε περίπτωση που η νόσος συνοδεύεται από ψυχιατρικά συμπτώματα. (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

Παρόλο, ωστόσο, που η συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών εντάσεων και συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου είναι αποδεκτή, ενώ μάλιστα οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνονται στους σημαντικότερους και συνηθέστερους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, τα τελευταία έτη το σύνδρομο τείνει να μην αντιμετωπίζεται πλέον ως ψυχοσωματική νόσος, αλλά ως πάθηση που οφείλεται σε συγκεκριμένες παθοφυσιολογικές διαταραχές ή δύσκολα αποκαλυπτόμενες οργανικές βλάβες.

Σημειώνεται μάλιστα ότι κατά τα προηγούμενα έτη η θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου ήταν συμπτωματική και βασιζόταν στη χορήγηση αντισπασμωδικών για τον πόνο, λοπεραμίδης και άλλων ανασταλτικών της κινητικότητας, ή αντικαταθλιπτικών για τη διάρροια και σιμεθικόνης, φυτικού άνθρακα, ή άλλων αδρανών προσροφητικών, για τον τυμπανισμό. Σήμερα, η θεραπευτική προσέγγιση τείνει στην αιτιολογική θεραπεία του συνδρόμου και στηρίζεται σε 4 πρόσφατες θεωρίες, που πιστεύεται ότι συνδέονται με την παθοφυσιολογία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Αυτές υποστηρίζουν: (α) την ύπαρξη άξονος εγκεφάλου – εντερικού σωλήνα, (β) τη δράση επί των υποδοχέων της σεροτονίνης, (γ) τη μεταλοιμώδη εμφάνιση του συνδρόμου και, (δ) την υπερανάπτυξη μικροβιακής χλωρίδας στο λεπτό έντερο, (Καναγκίνης, 2008).

Τονίζεται ότι, καθώς πρόκειται για μια πολυπαραγοντική πάθηση για την οποία δεν έχουν ακόμη διευκρινισθεί οι παθογενετικοί μηχανισμοί, δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί και μια πλήρης θεραπευτική μέθοδος. Ως εκ τούτου, και όπως αναφέρεται και ανωτέρων, η αντιμετώπισή της

εστιάζει στον περιορισμό της συμπτωματολογίας, με την ταυτόχρονη εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης, διαιτητικών μέτρων και φαρμακευτικής αγωγής, όπως περιγράφεται αναλυτικότερα στη συνέχεια.

Αν και τα φάρμακα δεν μπορούν να θεραπεύσουν τον ασθενή με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ωστόσο είναι δυνατόν να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφισή του από τα συμπτώματα. Τα υπακτικά που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων (όπως πίτουρο, μεθυλοκυτταρίνη ή ψύλλιο) είναι δυνατόν να συμβάλουν στην ελάττωση του σπασμού του εντέρου και την επάνοδο του αριθμού και της σύστασης των κενώσεων στο φυσιολογικό. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί ένα αντιχολινεργικό φάρμακο, όπως π.χ. η δικυκλομίνη (Antispas, Bentyl) ή η υοσκαμίνη (Anaspaz) για την αναστολή της κινητικότητας του εντέρου, επηρεάζοντας τον τόνο του παρασυμπαθητικού στον πεπτικό σωλήνα. Τα αντιχολινεργικά ανακουφίζουν τον ασθενή από τον μεταγευματικό κοιλιακό πόνο όταν χορηγούνται 30 – 60 λεπτά πριν από τα γεύματα. Λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η ξηροστομία, το θάμβος οράσεως και η δυσχέρεια στην ούρηση, τα φάρμακα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή στους ηλικιωμένους. Σε ασθενείς στους οποίους το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συνοδεύεται από διάρροια, είναι δυνατόν σε επιλεγμένες περιπτώσεις να χρησιμοποιηθούν προφυλακτικά αντιδιαρροϊκά σκευάσματα, όπως η λοπεραμίδη (Imodium) ή η διφαινοξυλάτη (Lomotil).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, βοηθούν στην ανακούφιση του ασθενούς από τον κοιλιακό πόνο που σχετίζεται με το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου. Αν και οι αντιχολινεργικές παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (όπως της δεσιπραμίνης – Norpramin – και της ιμιπραμίνης – Tofranil – είναι δυνατόν να βοηθήσουν στην ελάττωση της διάρροιας, ωστόσο τα φάρμακα αυτά προκαλούν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με τους αναστολείς της σεροτονίνης, όπως η σερτραλίνη (Zoloft) και η φλουοξετίνη (Prozac). Το Alosetron (Lotronex) είναι ένας ανταγωνιστής των υποδοχέων σεροτονίνης, που μειώνει τον κοιλιακό πόνο και τη διάρροια στους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Ωστόσο, η χρήση του είναι περιορισμένη, λόγω της συσχέτισής του με την ανάπτυξη ισχαιμικής κολίτιδας.

Η διαιτητική αγωγή φαίνεται επίσης να έχει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στον περιορισμό της έντασης και της συχνότητας των συμπτωμάτων. Αρκετοί ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ωφελούνται από την αυξημένη περιεκτικότητα της τροφής σε φυτικές ίνες. Με την προσθήκη πίτουρου στα γεύματα αυξάνεται ο όγκος των κοπράνων, όπως επίσης και η περιεκτικότητά τους σε νερό, με αποτέλεσμα να μειώνεται η συχνότητα των διαρροϊκών κενώσεων αλλά και των παροξυσμών δυσκοιλιότητας με σκληρά κόπρανα. Μπορούν να γίνουν κι άλλες τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο του ασθενούς, ανάλογα με τα

ιδιαίτερα ερεθίσματα που πυροδοτούν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από τον περιορισμό της πρόσληψης λακτόζης, φρουκτόζης ή σορβιτόλης. Όταν ο ασθενής ταλαιπωρείται από υπερβολική αποβολή αερίων και αίσθημα μετεωρισμού, η μείωση της λήψης τροφών που ευθύνονται για τη δημιουργία αερίων (όπως είναι τα φασόλια, τα λάχανα, οι χυμοί μήλου και σταφυλιού, τα καρύδια και οι σταφίδες) μπορεί να τον βοηθήσει. Ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη, όπως ο καφές, το τσάι και διάφορα αναψυκτικά διεγείρουν τον πεπτικό σωλήνα. Ο περιορισμός της πρόσληψης αυτών των υγρών μπορεί επίσης να ανακουφίσει, σε κάποιο βαθμό, τον ασθενή από τα παραπάνω συμπτώματα.

Διάφορα φυτικά σκευάσματα μπορεί να ανακουφίσουν σε κάποιο βαθμό τον ασθενή με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Διάφορα φυτικά εκχυλίσματα (άνηθος, χαμομήλι, δυόσμος, φασκόμηλο) έχουν κάποια αντισπασμωδική δράση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης για την ανακούφιση του ασθενούς από τις εκδηλώσεις του συνδρόμου. Η πιπερόριζα (τζίντζερ) είναι δυνατό να καταναλωθεί είτε με τη μορφή αφεψημάτος είτε ως κάψουλα, καθώς μειώνει την παραγωγή αερίων, το μετεωρισμό και τη διάρροια, βελτιώνοντας τη λειτουργία του στομάχου. Τα προβιοτικά (όπως το γιαούρτι με ζώσες βακτηριακές καλλιέργειες) αποδεικνύονται αποτελεσματικά στους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, όπως επίσης και η ύπνωση, ((LeMone et al., 2011).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σπάνια απαιτούν εντατική φροντίδα για τη νόσο αυτή. Ωστόσο, οι νοσηλευτές συχνά έρχονται σε επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς σε διάφορες υπηρεσίες υγείας.

Η προσεκτική εκτίμηση του ασθενούς είναι σημαντική για την αναγνώριση των συνεπειών του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ο ρόλος του νοσηλευτή εστιάζει στην συγκέντρωση δεδομένων από την εκτίμηση του ασθενούς μέσα από τη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση, όπως περιγράφεται κάτωθι:

- Ιστορικό υγείας: τρέχοντα συμπτώματα, έναρξη και διάρκεια αυτών, θεραπευτικά μέτρα που εφαρμόζει ο ασθενής, συνέπειες της νόσου στον τρόπο ζωής του, προσεκτική διερεύνηση του ιστορικού για ενδείξεις συναισθηματικής, σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Το ακόλουθο πλαίσιο αναδεικνύει τη σημασία της πολιτισμικής παράδοσης στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής ταυτίζεται με τα συμπτώματά του.
- Φυσική εξέταση: γενική κατάσταση, σχήμα και περίμετρος της κοιλίας, εντερικοί ήχοι, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της κοιλίας.

Όσον αφορά στις ευθύνες του νοσηλευτή, ως βασική νοσηλευτική ευθύνη καθορίζεται η εκπαίδευση του ασθενούς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ενώ η παραπομπή του ασθενούς για ψυχολογική άλλη υποστήριξη αποτελεί πρόσθετη ευθύνη του νοσηλευτή.

Κατά την εκπαίδευση του ασθενούς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, θα πρέπει να συζητηθούν τα ακόλουθα θέματα:

- Η φύση της διαταραχής και η αποδοχή των συμπτωμάτων του ασθενούς ως πραγματικά.
- Τεχνικές καταπολέμησης του άγχους και του στρες, όπως ο διαλογισμός, η κατευθυνόμενη φαντασία, οι ασκήσεις, τα διαλείμματα από τις δραστηριότητες και η προοδευτική χαλάρωση.
- Διαιτητικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και συνιστώμενες διαιτητικές αλλαγές, όπως

αύξηση της περιεκτικότητας των τροφών σε φυτικές ίνες και αυξημένη πρόσληψη νερού.

- Ο τρόπος χρήσης και ο ρόλος των φαρμάκων που χορηγούνται με συνταγή, οι παρενέργειές τους και πότε ο ασθενής να συμβουλευτεί τον ιατρό του.
- Η σημασία της συστηματικής παρακολούθησης και της ενημέρωσης του επαγγελματία φροντίδας υγείας σε περίπτωση εμφάνισης νέων κλινικών εκδηλώσεων (π.χ. εμφάνιση αίματος στις κενώσεις, σοβαρή δυσκοιλιότητα ή διάρροια, επιδείνωση του κοιλιακού πόνου ή απώλεια βάρους).

Ιδιαίτερα, όσον αφορά στους διαιτητικούς παράγοντες, ο νοσηλευτής καλείται να ενημερώσει εκτενώς τον ασθενή σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει αυτός να υιοθετήσει, συμβουλευόντάς τον κατάλληλα για τις επιδράσεις των τροφών στο πεπτικό σύστημα, τον ρόλο των τροφών που σχετίζονται με δυσανεξίες ή που προκαλούν αέρια στην εμφάνιση συμπτωμάτων συνδρόμου παχέος εντέρου ή και στην επιδείνωση αυτών. Ακόμη, είναι δυνατή η παροχή περαιτέρω οδηγιών στον ασθενή, μέσω της σύνταξης ενός προσωπικού διατροφικού πλάνου, στο οποίο θα τονίζονται οι τροφές που πρέπει να αποφεύγονται.

Θα πρέπει επίσης να ενημερώσει εκτενώς τον ασθενή για τα οφέλη που θα μπορούσε να αποκομίσει, υιοθετώντας ανά τακτά διαστήματα με εναλλαγές με πλήρη διατροφή, μια δίαιτα χαμηλή σε FODMAP, (δηλαδή σε ζυμώσιμους ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες, οι οποίοι και αποτελούν ανεπαρκώς απορροφούμενους υδατάνθρακες βραχείας αλύσου, καθώς οι εν λόγω υδατάνθρακες οδηγούν σε υπερβολική συσσώρευση υγρών και αερίων, με αποτέλεσμα φούσκωμα, μετεωρισμό, κοιλιακό άλγος και διαταραχές του γαστρεντερικού).

Αναλυτικότερα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για τα οφέλη μιας δίαιτας πλούσιας σε φυτικές ίνες (διαλυτές και αδιάλυτες), βρασμένα σιτηρά, σπόρους, υγρά (χωρίς ζάχαρη). Παράλληλα, θα πρέπει να τονίσει τη σημασία του περιορισμού στην κατανάλωση τροφών, όπως τα λιπαρά, τα ωμά λαχανικά και φρούτα που μπορεί να προκαλέσουν αίσθηση φουσκώματος ή και κοιλιακό άλγος, τα όσπρια, της λακτόζης, της φρουκτόζης, των αναψυκτικών, κ.τ.λ.

Σημειώνεται επίσης ότι, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται σε ψυχολόγο ή άλλο ειδικό σε θέματα ψυχικής υγείας, ώστε να υποβοηθηθεί στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, ((LeMone et al., 2011).

3. ΕΡΕΥΝΑ

3.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και η παράθεση των νεότερων δεδομένων που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία πάνω στο θέμα του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου και των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Ο μελετώμενος πληθυσμός (P) περιλαμβάνει τους νοσούντες από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Ο μελετώμενος προσδιοριστής (I) είναι τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και η μελετώμενη έκβαση (O) είναι η διάγνωσή του.

3.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3.2.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Google Scholar. Ως λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω, μόνες ή συνδυασμός αυτών: Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (Irritable Bowel Syndrome), Φροντίδα Ασθενούς (Patient Care), Νοσηλευτική Φροντίδα (Nursing Care), Ποιότητα Ζωής (Quality Of Life). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και των βιβλιογραφικών αναφορών που αναφέρονταν στα επιλεγμένα άρθρα.

3.2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ

Μετά τον καθορισμό των κριτηρίων επιλεξιμότητας, το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία 10 έτη όσον αφορά στις αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν για το θεωρητικό μέρος της εργασίας, ενώ για το τμήμα της έρευνας επιλέχθηκαν άρθρα της τελευταίας πενταετίας. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην Αγγλική και Ελληνική.

3.2.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η τελική επιλογή των μελετών έγινε μετά την ανάγνωση και κρίση των κειμένων του κυρίως σώματός τους για να είναι δυνατή η πλήρης ταυτοποίηση με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Αρχικά απορρίφθηκαν μελέτες μετά από αντιπαράβολή των τίτλων, των περιλήψεων και των χαρακτηριστικών με τα κριτήρια επιλεξιμότητας

3.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.3.1. 1^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Συσχέτιση μεταξύ συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων παθήσεων/νόσων

1η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Japanese Journal of Surgery & Medicine. 1 (102), 2017

How the Brain-Gut Axis May Connect Several Cerebro-Intestinal Co-Morbidities: Irritable Bowel Syndrome and Epilepsy as Examples?

Kelleni MT.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) was shown to be far more frequent in patients with epilepsy compared with that in healthy controls; 16% in patients with epilepsy and 3% in controls [1]. The so-called brain-gut axis has recently been demonstrated to be crucial for the maintenance of cognitive performance and abnormal interaction in this axis has been shown to be one of the relevant pathophysiological mechanisms for the development of IBS [2]. Similarly, Nikiforova in 2014, and after comparing epileptic EEG patterns and colonic contractile electrical complexes, has hypothesized that peripherally organized electrographic patterns associated with stress induced gut symptoms actively participate in creating epileptic susceptibility [3]. Further, in a population-based cohort study of a total of 32,122 patients diagnosed with IBS, it was revealed that IBS, after adjusting for age, sex, diabetes, hypertension, stroke, coronary artery disease, head injury, depression, systemic lupus

erythematosus, brain tumor, and antidepressants usage, increases the risk of developing epilepsy [4]. Moreover, colon neoplasm, among other neoplasms, was diagnosed during follow-up examination of patients with initially unknown seizure etiology and it was revealed several months after the first epileptic seizure [5] and the risk of colon cancer, among other neoplasms, was statistically increased in more than 28,000 Finnish patients treated from epilepsy [6]. Interestingly, the prevalence of epilepsy, inflammatory bowel disease, IBS and migraine is increased in multiple sclerosis patients versus the general population [7] and after adjusting for the patients' sex, age and geographic region, patients with panic disorder were more likely to have IBS, among other disorders, compared to patients in the comparison cohort [8]. About two decades ago, Mendler has argued to confirm the establishment of the rare entity of digestive epilepsy connecting IBS to cerebral meningioma and using carbamazepine to control the associated recurrent paroxysmal abdominal pain [9].

Conclusion. I strongly believe in 2017, one should investigate deeper the obvious reciprocal interaction between brain and gut to elucidate new mechanisms and hopefully to develop new drugs that may simultaneously manage different cerebro-intestinal co-morbidities.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Πώς ο άξονας του εγκεφάλου μπορεί να συνδέσει αρκετές συν-νοσηρότητες του εγκεφαλικού εντέρου: το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και η επιληψία ως παραδείγματα;

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) φαίνεται να είναι πολύ συχνότερο σε ασθενείς με επιληψία συγκρινόμενο με τη συχνότητά εμφάνισής τους σε κατά τα άλλα υγιείς πάσχοντες, με συχνότητα εμφάνισης κατά 16% σε ασθενείς με επιληψία και κατά 3% σε υγιείς. Ο αποκαλούμενος «άξονας» εγκεφάλου – εντέρου, πρόσφατα αποδείχθηκε ότι σχετίζεται άμεσα και είναι ζωτικής σημασίας για την συντήρηση και διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και απόδοσης, καθώς και ότι η όποια ανώμαλη αλληλεπίδραση επί του άξονα αυτού, αποτελεί και έναν συσχετιζόμενο με την εμφάνιση του IBS παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Ομοίως, η Nikiforova το 2014, μετά από τη σύγκριση των μοτίβων επιληπτικών κρίσεων EEG και των ηλεκτρικών συμπλεγμάτων του παχέως εντέρου, κατέληξε στην υπόθεση ότι περιφερειακά οργανωμένα ηλεκτρογραφικά μοτίβα, τα οποία σχετίζονται με συμπτώματα εντερικών διαταραχών, οι οποίες προκαλούνται από υψηλά επίπεδα στρες συμμετέχουν ενεργά στη δημιουργία επιληπτικής ευαισθησίας. Επιπροσθέτως, έρευνα κοορτής, η οποία διεξήχθη σε

δείγμα 32.122 ασθενών οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί με IBS, κατέδειξε ότι το IBS, σε συνδυασμό με τα δεδομένα ηλικίας, φύλου, ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, προηγούμενου εγκεφαλικού επεισοδίου, ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, προηγηθέντος τραυματισμού στο κεφάλι, ύπαρξη κατάθλιψης, διαγνωσθέντος συστηματικού ερυθματώδους λύκου, ύπαρξη εγκεφαλικών όγκων και χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, αποτελεί αυξημένο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη επιληψίας. Επιπλέον, επαναληπτικές εξετάσεις ασθενών οι οποίοι εμφάνιζαν επιληπτικές κρίσεις χωρίς εμφανή αιτιολογία, διαγνώστηκαν, μεταξύ άλλων νεοπλασμάτων, και με νεόπλασμα του παχέος εντέρου, το οποίο εμφανίστηκε αρκετούς μήνες μετά την πρώτη επιληπτική κρίση. Ακόμη, παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, μεταξύ των λοιπών νεοπλασμάτων, σε περισσότερους από 28.000 Φιλανδούς ασθενείς με επιληψία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η πρόληψη της επιληψίας, της εντερικής φλεγμονής, του IBS και των ημικρανιών αυξάνεται σε ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Παράλληλα, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα του φύλου, της ηλικίας και της γεωγραφικής περιοχής, ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές πανικού παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης IBS συγκριτικά με άτομα που πάσχουν από άλλες διαταραχές, σύμφωνα με την κοορτή σύγκρισης. Πριν από περίπου δύο δεκαετίες ο Mendler υποστήριξε ότι η σπάνια μορφή πεπτικής επιληψίας, συσχετίζει το IBS με το εγκεφαλικό μηνιγγίωμα, προτείνοντας τη χορήγηση καρβαμαζεπίνης για τον έλεγχο του σχετιζομένου υποτροπιάζοντος και παροξυσμικού κοιλιακού άλγους.

Συμπέρασμα: Πιστεύω ακράδαντα, σήμερα το 2017, ότι απαιτείται περαιτέρω και βαθύτερη διερεύνηση της προφανούς αμοιβαίας αλληλεπίδρασης μεταξύ του εγκεφάλου και του εντέρου, με στόχο την αποσαφήνιση νέων μηχανισμών, ελπίζοντας ότι κατ' αυτόν τρόπο θα καταστεί δυνατή η ανάπτυξη νέων φαρμάκων, τα οποία θα μπορούν να διαχειριστούν ταυτόχρονα διαφορετικές συννοσηρότητες του άξονα εγκέφαλος – έντερο.

2η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

PloS one 2016; 11: e0144589.

Irritable Bowel Syndrome Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Nationwide Population-Based Study

Chen CH, Lin CL, Kao CH.

ABSTRACT

Purpose: Abnormal interaction in the brain-gut axis has emerged as one of the relevant pathophysiological mechanisms for the development of irritable bowel syndrome (IBS). Moreover, the brain-gut axis has recently been demonstrated to be crucial for the maintenance of cognitive performance. Therefore, we assessed the risk of dementia following diagnosis of IBS.

Methods: Using the Taiwan National Health Insurance Research Database (NHIRD) to obtain medical claims data from 2000 to 2011, we employed a random sampling method to enroll 32 298 adult patients with IBS and frequency-matched them according to sex, age, and baseline year with 129 192 patients without IBS.

Results: The patients with IBS exhibited an increased risk of dementia [adjusted hazard ratio (aHR) = 1.26, 95% confidence interval (CI) = 1.17-1.35] after adjustment for age, sex, diabetes, hypertension, stroke, coronary artery disease (CAD), head injury, depression, and epilepsy, and the overall incidence of dementia for the cohorts with and without IBS was 4.86 and 3.41 per 1000 person-years, respectively. IBS was associated with an increased risk of dementia in patients older than 50 years in both male and female, and in those with comorbidity or without comorbidity. After adjustment for age, sex, and comorbidity, patients with IBS were also more likely to develop either non-Alzheimer's disease (AD) dementia (aHR = 1.24, 95% CI = 1.15-1.33) or AD (aHR = 1.76, 95% CI = 1.28-2.43).

Conclusions: IBS is associated with an increased risk of dementia, and this effect is obvious only in patients who are ≥ 50 years old.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας: Μια εθνική μελέτη με βάση τον πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η μη φυσιολογική αλληλεπίδραση στον άξονα εγκεφάλου-εντέρου έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σχετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς για την ανάπτυξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS). Επιπλέον, ο άξονας εγκεφάλου εντέρου έχει αποδειχθεί πρόσφατα ότι είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της γνωστικής απόδοσης. Για τους λόγους αυτούς προχωρήσαμε στην αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης κίνδυνο άνοιας μετά τη διάγνωση του IBS.

Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας την Εθνική Βάση Έρευνας για την Ασφάλιση Υγείας της Ταϊβάν (NHIRD) για τη λήψη ιατρικών δεδομένων από το 2000 έως το 2011, χρησιμοποιήσαμε μια μέθοδο τυχαίας δειγματοληψίας για την εγγραφή 32.298 ενήλικων ασθενών με IBS και πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση συχνότητας, σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία και το έτος αναφοράς, με 129.192 ασθενείς χωρίς IBS.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με IBS εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο άνοιας [προσαρμοσμένος λόγος κινδύνου (aHR) = 1,26, διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI) = 1,17-1,35] μετά την εφαρμογή προσαρμογών σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, καθώς και την ύπαρξη υποκειμένων νοσημάτων όπως, διαβήτης, υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσος (CAD), τραυματισμός στο κεφάλι, κατάθλιψη και επιληψία. Η συνολική συχνότητα άνοιας για τις ομάδες με και χωρίς IBS ήταν 4,86 και 3,41 ανά 1000 άτομα-έτη, αντίστοιχα. Το IBS συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο άνοιας σε ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών, τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, καθώς και σε ασθενείς με συνοσηρότητα ή χωρίς συνοσηρότητα. Μετά την προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο και τη συνοσηρότητα, οι ασθενείς με IBS είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν είτε άνοια τύπου διαφορετικού του Alzheimer (AD) (aHR = 1,24, 95% CI = 1,15-1,33) είτε AD (aHR = 1,76, 95% CI = 1,28-2,43).

Συμπεράσματα: Το IBS σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας και αυτό το φαινόμενο είναι προφανές μόνο σε ασθενείς ηλικίας ≥ 50 ετών.

3η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Journal of Internal Medicine. 25(1), 2014

Association between irritable bowel syndrome and colorectal cancer: a nationwide population-based study.

Hsiao, C., Huang, W., Muo, C., Chen, W., Sung, F., Kao, C.

ABSTRACT

Objectives: To determine whether irritable bowel syndrome (IBS) is associated with an increased risk for the subsequent colorectal cancer (CRC).

Methods: We identified 91,746 patients who were diagnosed with IBS between 2000 and 2010 from the Taiwan National Health Insurance Research Database (NHIRD) as the study cohort, and randomly extracted the data of 183,492 patients matched by sex, age, and baseline year for the comparison cohort. The follow-up period was terminated after CRC development, withdrawal from the national health insurance (NHI) system, or at the end of 2010. Cumulative incidences and hazard ratios (HRs) of CRC development were determined.

Results: During the first 2years of follow-up, the subsequent CRC incidence rates in the IBS and comparison cohorts were 37.3 and 5.61 per 10,000person-years, respectively (adjusted HR, 6.72; 95% CI, 5.70-7.92; $p<.0001$). Thereafter, the risk did not differ significantly between the 2 cohorts (adjusted HR, 1.08; 95% CI, 0.93-1.26); the participants in the IBS cohort commonly underwent more colonoscopies/sigmoidoscopies than did the non-IBS cohort.

Conclusions: IBS was not associated with the long-term development of CRC in Taiwan. The increased risk of CRC in the first 2years may have occurred because some CRC patients were initially misclassified as IBS patients.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συσχέτιση μεταξύ συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και καρκίνου του παχέος εντέρου: μια εθνική μελέτη με βάση τον πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο προσδιορισμός του εάν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επακόλουθου καρκίνου του παχέος εντέρου (CRC).

Μέθοδος: Προσδιορίσαμε 91.746 ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με IBS μεταξύ του 2000 και του 2010 από την Εθνική Βάση Έρευνας για την Ασφάλιση Υγείας της Ταϊβάν (NHIRD) ως ομάδα μελέτης και εξαγάγαμε τυχαία τα δεδομένα 183.492 ασθενών που αντιστοιχούν ανά φύλο, ηλικία και έτος αναφοράς για την διεξαγωγή της συγκριτικής μελέτης κοόρτης. Η περίοδος παρακολούθησης τερματίστηκε μετά την ανάπτυξη του CRC, την απόσυρση από το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας (NHI) ή στο τέλος του 2010. Προσδιορίστηκαν οι σωρευτικές συχνότητες και οι λόγοι κινδύνου (HRs) της ανάπτυξης CRC.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 ετών παρακολούθησης, τα συνεπακόλουθα ποσοστά εμφάνισης CRC μετά την διάγνωση IBS, ενώ οι ομάδες σύγκρισης κοορτής ήταν 37,3 και 5,61 ανά 10.000 άτομα ανά έτος, αντίστοιχα (προσαρμοσμένο HR, 6,72, 95% CI, 5,70-7,92, $p < .0001$). Στη συνέχεια, ο κίνδυνος δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων (προσαρμοσμένη HR, 1,08, 95% CI, 0,93-1,26). οι συμμετέχοντες στην κοόρτη IBS υποβλήθηκαν συνήθως σε περισσότερες κολονοσκοπήσεις / σιγμοειδοσκοπήσεις από συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν διαγνωσθεί με IBS.

Συμπεράσματα: Το IBS δεν συσχετίστηκε με τη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη του CRC στην Ταϊβάν. Ο αυξημένος κίνδυνος CRC κατά τα πρώτα 2 χρόνια ενδέχεται να έχει συμβεί επειδή ορισμένοι ασθενείς με CRC είχαν αρχικά εσφαλμένα ταξινομηθεί ως ασθενείς με IBS.

4η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Int J Clin Pract, . 2018, 72(7)

Risk of psychiatric disorders in irritable bowel syndrome-A nationwide, population-based, cohort study

Yeh, H., Chien, W., Chung, C., Hu, J., Tzeng, N.

ABSTRACT

Aims: This cohort study aimed to investigate the association between irritable bowel syndrome (IBS) and the risk of developing psychiatric disorders.

Methods: Utilizing the National Health Insurance Research Database (NHIRD) of Taiwan, IBS patients were identified and compared with age, sex, and index year-matched controls (1:3).

Results: Of the IBS subjects, 3934 in 22 356 (17.60%, or 1533.68 per 100 000 person-years) developed psychiatric disorders when compared with 6127 in 67 068 (9.14%, or 802 per 100 000 person-years) in the non-IBS control group. Fine and Gray's survival analysis revealed that the study subjects were more likely to develop psychiatric disorders. The crude hazard ratio (HR) is 3.767 (95% CI: 3.614-3.925, $P < .001$), and the adjusted HR is 3.598 (95% CI: 3.452-3.752, $P < .001$) in the risk of developing psychiatric disorders after being adjusted for age, sex, comorbidities, geographical area of residence, urbanisation level of residence, and monthly insurance premiums. The cohort study revealed that IBS subjects were associated with an increased risk of anxiety, depression, bipolar, and sleep disorders.

Conclusions: This cohort study, using NHIRD, shows evidence support that patients with IBS have a 3.6-fold risk of developing psychiatric disorders. Other large or national datasets should be done to explore to underlying mechanisms.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Κίνδυνος ψυχιατρικών διαταραχών στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου - Μια διεθνής μελέτη κοόρτης με βάση τον πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη κοόρτης είχε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) και του κινδύνου ανάπτυξης ψυχιατρικών διαταραχών.

Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας την Εθνική Βάση Δεδομένων Έρευνας για την Ασφάλιση Υγείας (NHIRD) της Ταϊβάν, οι ασθενείς με IBS ταυτοποιήθηκαν και πραγματοποιήθηκε σύγκριση των ιατρικών δεδομένων τους, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τους δείκτες ελέγχου που αντιστοιχούν στο έτος (1: 3).

Αποτελέσματα: Από τα αντικείμενα της μελέτης τα οποία έπασχαν από IBS, 3934 στα 22.356 (17,60% ή 1533,68 ανά 100.000 άτομα-έτη) ανέπτυξαν ψυχιατρικές διαταραχές σε σύγκριση με 6.127 στα 67.068 (9,14% ή 802 ανά 100 000 άτομα-έτη) της ομάδας ελέγχου χωρίς διαγνωσμένο IBS. Η ανάλυση επιβίωσης των Fine and Gray αποκάλυψε ότι τα άτομα της μελέτης είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές. Ο λόγος ακαθάριστου κινδύνου (HR) είναι 3,767 (95% CI: 3,614-3,925, $P < .001$) και ο προσαρμοσμένος HR είναι 3,598 (95% CI: 3,452-3,752, $P < .001$) όσον αφορά στον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχιατρικής διαταραχής μετά την προσαρμογή των δεδομένων ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη συνοσηρότητας, τη γεωγραφική περιοχή διαμονής, το αστικό επίπεδο κατοικίας και τα μηνιαία ασφάλιστρα. Η μελέτη κοόρτης αποκάλυψε ότι τα άτομα με IBS συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο άγχους, κατάθλιψης, διπολικών διαταραχών και διαταραχών ύπνου.

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη κοόρτης, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του NHIRD, καταδεικνύει στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με IBS έχουν 3,6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών. Άλλα μεγάλα ή εθνικά σύνολα δεδομένων θα πρέπει να αναλυθούν ώστε να εξερευνηθούν περαιτέρω οι υποκείμενοι μηχανισμοί.

5η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Psychol Med, 2016, 46(15)

A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset

Sibelli A, Chalder T, Everitt H., Workman P., Windgassen S., Moss-Morris R.

ABSTRACT

Background: It is well established that people with irritable bowel syndrome (IBS) have higher levels of anxiety and depression compared with controls. However, the role of these as risk factors is less clearly established. The aims of this systematic review were to investigate: (1) whether anxiety and/or depression predict IBS onset; (2) the size of the relative risk (RR) of anxiety versus depression in IBS onset. Subgroup analyses explored if methodological factors affected the overall findings.

Method: Prospective cohort or case-control studies were included if they: (1) focused on the development of IBS in population-based or gastroenteritis cohorts; (2) explored the effects of anxiety and/or depression at baseline as predictors of IBS onset at a future point. In all, 11 studies were included of which eight recruited participants with a gastrointestinal infection. Meta-analyses were conducted.

Results: The risk of developing IBS was double for anxiety cases at baseline compared with those who were not [RR 2.38, 95% confidence interval (CI) 1.58-3.60]. Similar results were found for depression (RR 2.06, 95% CI 1.44-2.96). Anxiety and depression seemed to play a stronger role in IBS onset in individuals with a gastrointestinal infection although this could be attributed to other differences in methodology, such as use of diagnostic interviews rather than self-report.

Conclusions: The findings suggest that self-reported anxiety and depression provide a twofold risk for IBS onset. There is less support for the role of anxiety or depressive disorder diagnosed using clinical interview. These findings may have implications for the development of interventions focused on IBS prevention and treatment.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Μια συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση του ρόλου του άγχους και της κατάθλιψης στην εμφάνιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Είναι γενικώς αποδεκτό ότι τα άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Ωστόσο, ο ρόλος τους ως παραγόντων κινδύνου είναι λιγότερο σαφής. Οι στόχοι αυτής της συστηματικής επισκόπησης ήταν η διερεύνηση: (1) κατά πόσον το άγχος και / ή η κατάθλιψη προβλέπουν την έναρξη του IBS. (2) το μέγεθος του σχετικού κινδύνου (RR) άγχους έναντι κατάθλιψης στην έναρξη του IBS. Σε αναλύσεις υποομάδων διερευνήθηκε εάν μεθοδολογικοί παράγοντες επηρέασαν τα συνολικά ευρήματα.

Μέθοδος: Οι πιθανές μελέτες κοόρτης ή ελέγχου περιπτώσεων συμπεριλήφθησαν εάν: (1) επικεντρώνονταν στην ανάπτυξη IBS σε ομάδες πληθυσμού ή ανάπτυξης γαστρεντερίτιδας. (2) διερευνώνταν οι επιπτώσεις του άγχους και / ή της κατάθλιψης ως προγνωστικοί παράγοντες της εμφάνισης IBS σε μελλοντικό σημείο. Συνολικά, συμπεριλήφθηκαν 11 μελέτες, εκ των οποίων οι οκτώ αφορούσαν συμμετέχοντες με γαστρεντερική λοίμωξη. Διεξήχθησαν μετα-αναλύσεις.

Αποτελέσματα: Ο κίνδυνος εμφάνισης IBS διπλασιάζονταν σε περιπτώσεις ύπαρξης προγενέστερου άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν παρουσίαζαν συμπτώματα άγχους προγενέστερα της εμφάνισης γαστρεντερικών συμπτωμάτων [RR 2,38, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 1,58-3,60]. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν για την κατάθλιψη (RR 2,06, 95% CI 1,44-2,96). Το άγχος και η κατάθλιψη φάνηκαν να διαδραματίζουν ισχυρότερο ρόλο στην έναρξη του IBS σε άτομα με γαστρεντερική λοίμωξη, αν και αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί σε άλλες διαφορές στη μεθοδολογία, όπως η χρήση διαγνωστικών συνεντεύξεων παρά η αυτοαναφορά.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι το αυτοαναφερόμενο άγχος και η κατάθλιψη παρέχουν διπλό κίνδυνο για την έναρξη του IBS. Υπάρχει λιγότερη υποστήριξη για το ρόλο του άγχους ή της καταθλιπτικής διαταραχής που διαγνώστηκε με χρήση κλινικής συνέντευξης. Αυτά τα ευρήματα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που εστιάζονται στην πρόληψη και τη θεραπεία του IBS.

6η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Gastroenterology. 2017. 152(5):1042-1054.

Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis.

Klem, F., Wadhwa, A., Prokop, L., Sundt, W., Farrugia, G., Camilleri, M., Singh, S., Grover, M.

Abstract

Background & aims: Foodborne illness affects 15% of the US population each year, and is a risk factor for irritable bowel syndrome (IBS). We evaluated risk of, risk factors for, and outcomes of IBS after infectious enteritis.

Methods: We performed a systematic review of electronic databases from 1994 through August 31, 2015 to identify cohort studies of the prevalence of IBS 3 months or more after infectious enteritis. We used random-effects meta-analysis to calculate the summary point prevalence of IBS after infectious enteritis, as well as relative risk (compared with individuals without infectious enteritis) and host- and enteritis-related risk factors.

Results: We identified 45 studies, comprising 21,421 individuals with enteritis, followed for 3 months to 10 years for development of IBS. The pooled prevalence of IBS at 12 months after infectious enteritis was 10.1% (95% confidence interval [CI], 7.2-14.1) and at more than 12 months after infectious enteritis was 14.5% (95% CI, 7.7-25.5). Risk of IBS was 4.2-fold higher in patients who had infectious enteritis in the past 12 months than in those who had not (95% CI, 3.1-5.7); risk of IBS was 2.3-fold higher in individuals who had infectious enteritis more than 12 months ago than in individuals who had not (95% CI, 1.8-3.0). Of patients with enteritis caused by protozoa or parasites, 41.9% developed IBS, and of patients with enteritis caused by bacterial infection, 13.8% developed IBS. Risk of IBS was significantly increased in women (odds ratio [OR], 2.2; 95% CI, 1.6-3.1) and individuals with antibiotic exposure (OR, 1.7; 95% CI, 1.2-2.4), anxiety (OR, 2; 95% CI, 1.3-2.9), depression (OR, 1.5; 95% CI, 1.2-1.9), somatization (OR, 4.1; 95% CI, 2.7-6.0), neuroticism (OR, 3.3; 95% CI, 1.6-6.5), and clinical indicators of enteritis severity. There was a considerable level of heterogeneity among studies.

Conclusions: In a systematic review and meta-analysis, we found >10% of patients with infectious enteritis develop IBS later; risk of IBS was 4-fold higher than in individuals who did not have infectious enteritis, although there was heterogeneity among studies analyzed. Women-particularly those with severe enteritis-are at increased risk for developing IBS, as are individuals with psychological distress and users of antibiotics during the enteritis.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επικράτηση, παράγοντες κινδύνου και αποτελέσματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από μολυσματική εντερίτιδα: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο και σκοπός: Η τροφική ασθένεια επηρεάζει το 15% του πληθυσμού των ΗΠΑ κάθε χρόνο και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS). Αξιολογήσαμε τον κίνδυνο, τους παράγοντες κινδύνου και τα αποτελέσματα του IBS μετά από μολυσματική εντερίτιδα.

Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων από το 1994 έως τις 31 Αυγούστου 2015 για να εντοπίσουμε μελέτες κοόρτης για τον επιπολασμό του IBS 3 μηνών ή περισσότερο μετά από μολυσματική εντερίτιδα. Χρησιμοποιήσαμε μετα-ανάλυση τυχαίων επιδράσεων για να υπολογίσουμε τον επιπολασμό του συνολικού σημείου του IBS μετά από μολυσματική εντερίτιδα, καθώς και τον σχετικό κίνδυνο (σε σύγκριση με άτομα χωρίς μολυσματική εντερίτιδα) και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον ξενιστή και την εντερίτιδα.

Αποτελέσματα: Εντοπίσαμε 45 μελέτες, που περιελάμβαναν μελέτη για 21.421 άτομα με εντερίτιδα, τα οποία παρακολούθηθηκαν για 3 μήνες έως 10 χρόνια για πιθανή ανάπτυξη IBS. Ο συγκεντρωτικός επιπολασμός του IBS στους 12 μήνες μετά τη μολυσματική εντερίτιδα ήταν 10,1% (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI], 7,2-14,1) και σε περισσότερους από 12 μήνες μετά τη μολυσματική εντερίτιδα ήταν 14,5% (95% CI, 7,7-25,5). Ο κίνδυνος εμφάνισης IBS ήταν 4,2 φορές υψηλότερος σε ασθενείς που είχαν μολυσματική εντερίτιδα τους τελευταίους 12 μήνες σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν (95% CI, 3,1-5,7). Ο κίνδυνος εμφάνισης IBS ήταν 2,3 φορές υψηλότερος σε άτομα που είχαν μολυσματική εντερίτιδα περισσότερο από 12 μήνες πριν από ό, τι σε άτομα που δεν είχαν (95% CI, 1,8-3,0). Από τους ασθενείς με εντερίτιδα που προκαλείται από πρωτόζωα ή παράσιτα, το 41,9% ανέπτυξε IBS και από ασθενείς με εντερίτιδα που προκαλείται από βακτηριακή λοίμωξη, το 13,8% ανέπτυξε IBS. Ο κίνδυνος IBS αυξήθηκε σημαντικά στις γυναίκες (αναλογία πιθανοτήτων [OR], 2,2, 95% CI, 1,6-3,1) και σε άτομα με έκθεση σε αντιβιοτικά (OR, 1,7; 95% CI, 1,2-2,4), άγχος (OR, 2; 95% CI, 1,3-2,9), κατάθλιψη (OR, 1,5; 95% CI, 1,2-1,9), σωματοποίηση (OR, 4,1; 95% CI, 2,7-6,0), νευρωτισμός (OR, 3,3; 95% CI, 1,6 -6,5), και κλινικοί δείκτες σοβαρότητας εντερίτιδας. Υπήρχε ένα σημαντικό επίπεδο ετερογένειας μεταξύ των μελετών.

Συμπεράσματα: Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, βρήκαμε > 10% των ασθενών με μολυσματική εντερίτιδα να έχουν αναπτύξει IBS αργότερα. Ο κίνδυνος IBS ήταν 4 φορές υψηλότερος από ό, τι σε άτομα που δεν είχαν μολυσματική εντερίτιδα, αν και υπήρχε

ετερογένεια μεταξύ των μελετών που αναλύθηκαν. Οι γυναίκες - ιδιαίτερα αυτές με σοβαρή εντερίτιδα - διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης IBS, όπως και άτομα με ψυχολογική δυσφορία και χρήστες αντιβιοτικών κατά την εντερίτιδα.

7η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Scand J Gastroenterol. 2019 , 54(5):546-562.

Systematic review with meta-analyses: does the pathogen matter in post-infectious irritable bowel syndrome?

Tølbøll Svendsen, A., Bytzer, P., Engsbø, A.

Abstract

Objective: Acute gastroenteritis (AGE) is a risk factor for post-infectious irritable bowel syndrome (PI-IBS). This systematic review evaluates the prevalence and risk-factors of PI-IBS after AGE by specific pathogens.

Materials and methods: Medline (1966-2019) and Embase (1974-2019) were searched for studies evaluating PI-IBS minimum 3 months after AGE with *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, norovirus, rotavirus, *Cryptosporidium* spp. or *Giardia intestinalis* using validated criteria for IBS. Pooled prevalence (PP), odds ratios (OR) and risk factors were determined for single pathogens, groups of bacteria, viruses and parasites, and overall for AGE caused by any pathogen. Random-effect models were used for meta-analyses.

Results: A total of 34 articles were included. PP of PI-IBS after *Campylobacter* spp. was 12% (confidence interval 95% [CI]: 10-15%), *Salmonellosis* 12% (CI: 9-15%), *Shigellosis* 11% (CI: 8-15%), *C. difficile* 14% (CI: 4-29%) and *E. coli* spp. 12% (CI: 5-20%). OR of PI-IBS after *salmonellosis* was 5.5 (CI: 2.3-12.8) and after *shigellosis* 13.8 (CI: 4.2-45.4). Bacterial AGE overall showed OR 5.8 (CI: 4.0-8.3) and AGE caused by any pathogen OR 4.9 (CI: 3.9-6.1). Few studies exist on viral and parasitic gastroenteritis.

Conclusions: Current literature show similar risks for bacterial pathogens. Studies are limited for viral and parasitic pathogens. The evaluated risk-factors for PI-IBS varied among the included studies and the existing evidence is insufficient to identify pathogen-specific risk factors.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυσεις: έχει σημασία το παθογόνο στο σύνδρομο μετα-λοιμώδους ευερέθιστου εντέρου;

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η οξεία γαστρεντερίτιδα (AGE) είναι ένας παράγοντας κινδύνου για σύνδρομο μετα-λοιμώδους ευερέθιστου εντέρου (PI-IBS). Αυτή η συστηματική ανασκόπηση αξιολογεί τον επιπολασμό και τους παράγοντες κινδύνου του PI-IBS μετά την AGE από συγκεκριμένα παθογόνα.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση στο Medline (1966-2019) και στο Embase (1974-2019) για μελέτες αξιολόγησης PI-IBS τουλάχιστον 3 μήνες μετά την AGE με *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, norovirus, rotavirus, *Cryptosporidium* spp. ή *Giardia intestinalis* χρησιμοποιώντας κριτήρια για IBS. Οι συγκεντρωτικοί επιπολασμοί (PP), οι αναλογίες πιθανοτήτων (OR) και οι παράγοντες κινδύνου προσδιορίστηκαν για μεμονωμένα παθογόνα, ομάδες βακτηρίων, ιούς και παράσιτα, και συνολικά για AGE που προκαλείται από οποιοδήποτε παθογόνο. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα τυχαίου αποτελέσματος για μετα-ανάλυσεις.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 34 άρθρα. Η PP του PI-IBS μετά το *Campylobacter* spp. ήταν 12% (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: 10-15%), *Salmonellosis* 12% (CI: 9-15%), *Shigellosis* 11% (CI: 8-15%), *C. difficile* 14% (CI: 4-29%) και *E.coli* spp. 12% (CI: 5-20%). Το OR του PI-IBS μετά τη σαλμονέλλωση ήταν 5,5 (CI: 2,3-12,8) και μετά το *shigellosis* 13,8 (CI: 4,2-45,4). Η βακτηριακή AGE παρουσίασε συνολικά OR 5,8 (CI: 4,0-8,3) και AGE που προκαλείται από οποιοδήποτε παθογόνο OR 4,9 (CI: 3,9-6,1). Λίγες μελέτες υπάρχουν για την ιογενή και παρασιτική γαστρεντερίτιδα.

Συμπεράσματα: Η τρέχουσα βιβλιογραφία δείχνει παρόμοιους κινδύνους για βακτηριακά παθογόνα. Οι μελέτες περιορίζονται για ιογενή και παρασιτικά παθογόνα. Οι εκτιμηθέντες παράγοντες κινδύνου για το PI-IBS διέφεραν μεταξύ των περιλαμβανόμενων μελετών και τα υπάρχοντα στοιχεία και δεν επαρκούν για τον προσδιορισμό παθογόνων ειδικών παραγόντων κινδύνου.

8η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Aliment Pharmacol Ther. 2015. 41(11):1029-37

Systematic review with meta-analysis: post-infectious irritable bowel syndrome after travellers' diarrhoea

Schwille-Kiuntke, J., Mazurak, N., Enck, P.

Abstract

Background: Gastrointestinal infection is known as a risk factor for the development of the irritable bowel syndrome (post-infectious irritable bowel syndrome, PI-IBS). The incidence of PI-IBS ranges between 3% and over 30% of people after infectious gastroenteritis.

Aim: To perform a meta-analysis pools and report data concerning the relative risk (RR) of PI-IBS after TD.

Methods: Database search using Medline through PubMed, Scopus, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) and PsycINFO was performed to identify relevant studies. Those that met the inclusion criteria were pooled. A random effects model (Mantel-Haenszel) was performed.

Results: Six eligible studies were found. In three of six studies, the authors reported a statistically significant association of TD and PI-IBS. The pooled RR was 3.35 (95% CI: 2.22-5.05) with a significant overall effect ($P < 0.00001$). Overall PI-IBS incidence was 5.4% in TD subjects and 1.4% in healthy subjects. There was no significant heterogeneity within the pooled studies ($I^2 = 5\%$). Self-reported TD alone resulted in an over 1.5-fold RR for PI-IBS compared to laboratory-confirmed TD [RR 3.90 (95% CI: 2.35-6.49) vs. RR 2.42 (95% CI: 1.22-4.78)].

Conclusions: There is a strong association between travellers' diarrhoea and post-infectious irritable bowel syndrome. Self-reports of exposure seem to result in a higher post-infectious irritable bowel syndrome occurrence than laboratory-confirmed cases of travellers' diarrhoea, but further studies are needed to confirm this finding. Finally, potential influences of the selection of an appropriate study population on post-infectious irritable bowel syndrome epidemiology are discussed.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση: μετα-μολυσματικό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου μετά τη διάρροια των ταξιδιωτών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η γαστρεντερική λοίμωξη αποτελεί έναν γνωστό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (μετα-μολυσματικό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, PI-IBS). Η συχνότητα εμφάνισης PI-IBS κυμαίνεται μεταξύ 3% και άνω του 30% των ατόμων μετά από μολυσματική γαστρεντερίτιδα.

Σκοπός: Η εκτέλεση μετα-ανάλυσης και η αναφορά δεδομένων σχετικά με τον σχετικό κίνδυνο (RR) του PI-IBS μετά το TD.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση βάσεων δεδομένων με τη χρήση του Medline μέσω των PubMed, Scopus, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) και PsycINFO για τον εντοπισμό σχετικών μελετών. Συγκεντρώθηκαν εκείνες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Πραγματοποιήθηκε ένα μοντέλο τυχαίων αποτελεσμάτων (Mantel-Haenszel).

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν έξι επιλέξιμες μελέτες. Σε τρεις από τις έξι μελέτες, οι συγγραφείς ανέφεραν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση των TD και PI-IBS. Το συγκεντρωτικό RR ήταν 3,35 (95% CI: 2,22-5,05) με σημαντική συνολική επίδραση ($P < 0,00001$). Συνολικά η επίπτωση PI-IBS ήταν 5,4% σε άτομα με TD και 1,4% σε υγιή άτομα. Δεν υπήρχε σημαντική ετερογένεια στις συγκεντρωτικές μελέτες ($I^2 = 5\%$). Η αυτοαναφερόμενη TD από μόνη της είχε ως αποτέλεσμα RR πάνω από 1,5 φορές για PI-IBS σε σύγκριση με TD [RR 3,90 (95% CI: 2,35-6,49) έναντι RR 2,42 (95% CI: 1,22-4,78)].

Συμπεράσματα: Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της διάρροιας των ταξιδιωτών και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από λοίμωξη. Οι αυτοαναφορές έκθεσης φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα υψηλότερο σύνδρομο μετα-μολυσματικού ευερέθιστου εντέρου από τις περιπτώσεις εργαστηριακής επιβεβαίωσης της διάρροιας των ταξιδιωτών, αλλά απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να επιβεβαιωθεί αυτό το εύρημα. Τέλος, συζητούνται πιθανές επιδράσεις της επιλογής ενός κατάλληλου πληθυσμού μελέτης στην επιδημιολογία του μετα-μολυσματικού συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

9η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2016; 20: 1315-1322

Is there any association between irritable bowel syndrome subgroups and autonomous dysfunction?

Yildirim, A.E., Korkmaz, M., Altun, R., Sandıkçi, S.C., Ocal, S., Selçuk, H.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Irritable bowel syndrome (IBS) is a common functional intestinal disorder. Although there are marked improvements in the conceptualization of IBS pathophysiology in brain-intestinal interaction disorder, there is no definite consensus in the role of autonomic dysfunction (AD) in disease development and symptom progression. The aim of this study was to evaluate autonomous dysfunction in IBS subgroups.

PATIENTS AND METHODS: A total of 50 patients and 49 healthy controls were included. IBS subgroup types and demographic characteristics of patients were recorded. AD investigations were made up of parasympathetic and sympathetic tests.

RESULTS: There was no statistically significant difference was determined between the groups in accordance to demographic characteristics such as age, gender, BMI and resting heart rate ($p > 0.05$). Three parasympathetic and one sympathetic autonomic neuropathy tests were found significantly different (respectively $p < 0.001$, $p = 0.001$, $p = 0.016$, $p < 0.001$, $p = 0.375$). There were significant decreases in parasympathetic tests in IBS-C patients; however, in the control group, there were significant decreases in sympathetic tests when compared with IBS-D patients ($p < 0.001$). The severity of AD in IBS-C subgroup was more pronounced than the IBS-D subgroup. No correlation was determined between dysautonomia and disease duration ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: AD may have a role in IBS pathophysiology. Deterioration of the autonomous system not only affects the gastrointestinal system but also other systems including the cardiovascular system. Patients may also be susceptible to more diverse problems.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Υπάρχει σχέση μεταξύ υποομάδων συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και αυτόνομης δυσλειτουργίας;

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια κοινή λειτουργική εντερική διαταραχή. Παρόλο που υπάρχουν αξιοσημείωτες βελτιώσεις στην σύλληψη της παθοφυσιολογίας του IBS στην διαταραχή αλληλεπίδρασης εγκεφάλου-εντέρου, δεν υπάρχει σαφής συναίνεση στο ρόλο της αυτόνομης δυσλειτουργίας (AD) στην ανάπτυξη ασθενειών και στην εξέλιξη των συμπτωμάτων. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την αυτόνομη δυσλειτουργία σε υποομάδες του IBS.

Ασθενείς και Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 50 ασθενείς και 49 υγιείς συμμετέχοντες. Καταγράφηκαν οι τύποι υποομάδων του IBS καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Οι έρευνες AD πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση παρασυμπαθητικών και συμπαθητικών ελέγχων και δοκιμών.

Αποτελέσματα: Δεν προσδιορίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σύμφωνα με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, ΔΜΣ και καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης ($p > 0,05$). Τρεις παρασυμπαθητικές και μία συμπαθητική δοκιμή αυτόνομης νευροπάθειας κατέδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων τους (αντίστοιχα $p < 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,016$, $p < 0,001$, $p = 0,375$). Υπήρξαν σημαντικές μειώσεις στις παρασυμπαθητικές εξετάσεις σε ασθενείς με IBS-C. Ωστόσο, στην ομάδα ελέγχου, σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις στις συμπαθητικές εξετάσεις σε σύγκριση με ασθενείς με IBS-D ($p < 0,001$). Η σοβαρότητα της AD στην υποομάδα IBS-C ήταν πιο έντονη από την υποομάδα IBS-D. Δεν προσδιορίστηκε συσχέτιση μεταξύ της δυσσυντονίας και της διάρκειας της νόσου ($p > 0,05$).

Συμπεράσματα: Η AD φαίνεται να έχει κάποιον ρόλο στην παθοφυσιολογία του IBS. Η επιδείνωση του αυτόνομου συστήματος δεν επηρεάζει μόνο το γαστρεντερικό σύστημα αλλά και άλλα συστήματα, συμπεριλαμβανομένου του καρδιαγγειακού συστήματος. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι ευαίσθητοι σε περισσότερα διαφοροποιημένα προβλήματα.

10^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2017; 21: 5191-5196

The relationship between small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome

Ding, W., Liu, Y., Fang, C., Liu, K., Wei, Y., Shan, H.

Abstract.

OBJECTIVE: To explore the relationship between small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) and irritable bowel syndrome (IBS).

PATIENTS AND METHODS: Fifty IBS patients in the hospital from January 2015 to December 2015 were assigned to the treatment group, and 50 healthy persons were assigned to the control group. Lactulose hydrogen and methane breath test were performed to measure the percentage of SIBO and oro-cecal transit time (OCTT) in treatment group and control group. These subjects were further assigned to negative SIBO group and positive SIBO group to analyze the scores of symptoms.

RESULTS: The percentage of positive SIBO in the treatment group (72%, 36/50) was significantly higher ($p < 0.05$) than the control group (38%, 19/50). The scores of symptoms on the episode of IBS were not significantly different between the positive SIBO subgroup and the negative SIBO subgroup. The scores of symptoms in breath test were not significantly different between the positive SIBO subgroup and the negative SIBO subgroup. The OCTT in the treatment group (69.34 ± 1.27 min) was significantly lower ($p < 0.05$) than the control group (85.16 ± 1.75 min). The OCTT in the positive SIBO group (88.57 ± 4.62 min) was significantly higher ($p < 0.05$) than the control group (73.42 ± 5.25 min). The results of lactulose hydrogen and methane breath test in the treatment group were positively correlated ($r = 0.987$, $p < 0.01$). The results of lactulose hydrogen and methane breath test in the control group after oral administration of lactulose were also positively correlated ($r = 0.736$, $p < 0.01$).

CONCLUSIONS: SIBO was related to IBS and could prolong OCTT, yet not worsen IBS.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η σχέση μεταξύ της βακτηριακής υπερανάπτυξης του μικρού εντέρου και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της υπερανάπτυξης του βακτηριακού λεπτού εντέρου (SIBO) και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS).

Ασθενείς και Μέθοδος: Πενήντα ασθενείς με IBS, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2015 τοποθετήθηκαν στην ομάδα θεραπείας και 50 υγιή άτομα στην ομάδα ελέγχου. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος του αναπνευστικού με τη χρήση τεστ λακτουλόζης υδρογόνου και μεθανίου με σκοπό τη μέτρηση του ποσοστού του SIBO και του χρόνου διέλευσης ορο-τυφλού (OCTT) στην ομάδα θεραπείας και στην ομάδα ελέγχου. Αυτά τα άτομα διαχωρίστηκαν περαιτέρω σε δύο ομάδες (ομάδα αρνητική στο SIBO και ομάδα θετική στο SIBO) με σκοπό την ανάλυση των αποτελεσμάτων (βαθμολογίας) των συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό θετικού SIBO στην ομάδα θεραπείας (72%, 36/50) ήταν σημαντικά υψηλότερο ($p < 0,05$) από την ομάδα ελέγχου (38%, 19/50). Οι βαθμολογίες των συμπτωμάτων που καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια επεισοδίου IBS δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ της θετικής υποομάδας SIBO και της αρνητικής υποομάδας SIBO. Οι βαθμολογίες των συμπτωμάτων στη δοκιμή του αναπνευστικού δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές μεταξύ της θετικής υποομάδας SIBO και της αρνητικής υποομάδας SIBO. Το OCTT στην ομάδα θεραπείας ($69,34 \pm 1,27$ min) ήταν σημαντικά χαμηλότερο ($p < 0,05$) από την ομάδα ελέγχου ($85,16 \pm 1,75$ min). Η OCTT στη θετική ομάδα SIBO ($88,57 \pm 4,62$ min) ήταν σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,05$) από την ομάδα ελέγχου ($73,42 \pm 5,25$ min). Τα αποτελέσματα της δοκιμής αναπνοής με χρήση λακτουλόζης υδρογόνου και μεθανίου στην ομάδα θεραπείας συσχετίστηκαν θετικά ($r = 0,987$, $p < 0,01$). Τα αποτελέσματα της δοκιμής αναπνοής με χρήση λακτουλόζης υδρογόνου και μεθανίου στην ομάδα ελέγχου μετά από την από του στόματος χορήγηση λακτουλόζης συσχετίστηκαν επίσης θετικά ($r = 0,736$, $p < 0,01$).

Συμπεράσματα: Το SIBO σχετίζεται με το IBS και θα μπορούσε να παρατείνει τη διάρκεια του OCTT, χωρίς ωστόσο να φαίνεται ότι μπορεί να επιδεινώσει το IBS.

11^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Saudi medical journal. 2020, Vol. 41 (2): 203-206

Functional somatic illnesses in patients with functional bowel disorders. A cross-sectional cohort study in western Saudi Arabia

Yasir M. Khayyat

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of functional gastrointestinal disorders (FGID) in Saudi patients with irritable bowel syndrome (IBS).

Methods: A cross-sectional study was conducted in patients with IBS treated at a private tertiary medical center in western Saudi Arabia between 2013 and 2017. We used ROME 3 criteria with data from the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) depression scale, and International Classification of Headache Disorders (ICHD) to assess the prevalence of psychosomatic illness. Statistical analysis of frequency and statistical correlation was performed using Chi-square.

Results: The final analysis of 307 patients revealed a combined 425 diagnoses of psychosomatic illness, including diagnoses of headache in 104 patients (34%), migraine in 93 patients (30.5%), fibromyalgia in 169 patients (55%), and depression in 59 patients (19%). There was a statistically significant correlation between patients' ages and diagnoses of joint pain and migraines.

Conclusion: Fibromyalgia and headache disorders were common in this cohort of Saudi patients with IBS. This coexistence of illness is partly explained by the functional nature of these illnesses. Collective efforts to provide multidisciplinary care is needed for these patients.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Λειτουργικές σωματικές ασθένειες σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του εντέρου. Μια συγκριτική μελέτη κοόρτης στη Δυτική Σαουδική Αραβία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπολασμού λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών (FGID) σε Σαουδάραβες ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS).

Μέθοδος: Διεξήχθη μια συγκριτική μελέτη σε ασθενείς με IBS που έλαβαν θεραπεία σε ιδιωτικό τριτοβάθμιο ιατρικό κέντρο στη δυτική Σαουδική Αραβία μεταξύ του 2013 και του 2017. Χρησιμοποιήσαμε κριτήρια ROME 3 με δεδομένα από την κλίμακα Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7), την κλίμακα κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Υγείας του Ασθενούς-9 (PHQ-9) και τη Διεθνή Ταξινόμηση Διαταραχών Πονοκέφαλου (ICHD) για να εκτιμήσουμε τον επιπολασμό ψυχοσωματικής ασθένειας. Η στατιστική ανάλυση της συχνότητας και της στατιστικής συσχέτισης πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το χ^2 (Chi-square).

Αποτελέσματα: Η τελική ανάλυση 307 ασθενών αποκάλυψε 425 διαγνώσεις ψυχοσωματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων διαγνώσεων κεφαλαλγίας σε 104 ασθενείς (34%), ημικρανίας σε 93 ασθενείς (30,5%), ινομυαλγίας σε 169 ασθενείς (55%) και κατάθλιψης σε 59 ασθενείς (19%). Υπήρχε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ηλικιών των ασθενών και των διαγνώσεων του πόνου στις αρθρώσεις και των ημικρανιών.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές της ινομυαλγίας και του πονοκέφαλου ήταν συχνές σε αυτήν την ομάδα Σαουδάραβων ασθενών με IBS. Αυτή η συνύπαρξη ασθένειας εξηγείται εν μέρει από τη λειτουργική φύση αυτών των ασθενειών. Απαιτούνται συλλογικές προσπάθειες για την παροχή διεπιστημονικής περίθαλψης για αυτούς τους ασθενείς.

3.3.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 1^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Από τις μελετηθείσες έρευνες καταδεικνύεται ότι εντοπίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων νόσων και παθήσεων. Ιδιαίτερη συσχέτιση φαίνεται μάλιστα να υπάρχει μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και των επιπέδων άγχους και στρες που βιώνει ένας ασθενής.

Ο άξονας εγκεφάλου – εντέρου, θεωρείται πλέον αποδεδειγμένα, ότι έχει σημαντική σχέση και είναι ζωτικής σημασίας στις διεργασίες γνωστικής λειτουργίας και απόδοσης, ενώ όποια λειτουργική διαταραχή επί του εν λόγω άξονα, σχετίζεται ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Η επιληψία φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση του συνδρόμου, καθώς, σύμφωνα με τον Kelleni (2017) καταγράφεται σε ποσοστό 16% ασθενών με επιληψία, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται και με τα αυξημένα επίπεδα στρες, τα οποία συμμετέχουν ενεργά στην εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, επίσης, ο αυξημένος κίνδυνος άνοιας σε ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών, οι οποίοι πάσχουν από συμπτώματα συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ακόμη, σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ των διαταραχών της ινομυαλγίας και των πονοκεφάλων με την ύπαρξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Όσον αφορά στις πιθανότητες συσχέτισης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεν φαίνεται το σύνδρομο να προκαλεί προδιάθεση ή παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ύπαρξη, ωστόσο, διαγνωσμένης εντερίτιδας, φαίνεται να τετραπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, (Klem et al., 2017). Σημαντική συσχέτιση καταδεικνύεται και μεταξύ της διάρροιας των ταξιδιωτών και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από λοίμωξη.

Όπως προαναφέρεται, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου φαίνεται να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τα επίπεδα άγχους και στρες. Εξαιρετικά σημαντική είναι και η συσχέτισή του με το ενδεχόμενο εμφάνισης διαταραχών ψυχολογικής ή ψυχιατρικής φύσεως. Σύμφωνα με τους Yeh et al., (2018), η ύπαρξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου φαίνεται να ευθύνεται για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, κατά 3,6 φορές περισσότερο συγκριτικά με τον πληθυσμό που δεν εμφανίζει συμπτώματα του συνδρόμου. Οι Sibelli et al., (2016), υποστηρίζουν ότι το αυτοαναφερόμενο άγχος και η κατάθλιψη λειτουργούν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, διπλασιάζοντας μάλιστα τις πιθανότητες εκδήλωσής του.

3.4. 2^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Φαρμακευτική αγωγή

12^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Clinical & Experimental Gastroenterology & Hepatology. 2018, 1: 102.

Belladonna Alkaloids and Phenobarbital Use in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome:
A Review

Panas, R., Brewer A., Goldenson, R., Burnett, B.

Abstract

The etiology of irritable bowel syndrome (IBS) is still not well-understood even with recent advances in treatments for IBS with constipation (IBS-C) and IBS with diarrhea (IBS-D). Irritable bowel syndrome is a multifaceted condition characterized by abdominal pain and altered bowel habits. Consequently, no single treatment sufficiently manages IBS in a majority of patients. One option for treatment of IBS is to use a combination of different drugs or an all-in-one combination drug to help treat multiple aspects of the syndrome. Combination drugs which affect the brain-gut connection as well as an anticholinergic mechanism are standard-of-care for the treatment of IBS. They represent viable alternatives to newly approved agents. Even though drugs such as a combination of belladonna alkaloids/phenobarbital or Donnatal®, are used safely and effectively to manage IBS, their history of clinical investigation and results are not well-recognized by the field of gastroenterology given the lack of recent studies. This review is meant to update the field on the breadth of studies conducted on this combination drug for IBS.

Conclusion. The combination of BAs and PB has been clinically researched over the last 60 years for functional bowel disorders including IBS. While the standards for research have changed over these 60 years, the findings summarized in this review are consistent in that BAs in combination with PB relieve the symptoms of IBS, particularly abdominal pain. The most recent study of Donnatal® by Turner et al. suggests that there may be a differential effect in women compared to men for the relief of abdominal pain in the management of IBS . Sex differences have been noted with regard to abdominal pain sensitivity in general and in patients with IBS. Indeed, a study of Librax® also found sex differences in men versus women which may determine visceral pain responses to this therapy. Since no one therapy manages a majority of symptoms in IBS patients, Donnatal® and other combination drugs, though older, are still viable alternatives for the treatment of this difficult condition with safety which has been proven over decades of use.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Μπελλαντόνα, Αλκαλοειδή και Φαινοβαρβιτάλη στη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου: Μια ανασκόπηση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αιτιολογία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) δεν είναι ακόμη κατανοητή παρόλες και με τις πρόσφατες εξελίξεις στις θεραπείες για IBS με δυσκοιλιότητα (IBS-C) και IBS με διάρροια (IBS-D). Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια πολύπλευρη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος και μεταβλητές συνήθειες του εντέρου. Κατά συνέπεια, καμία θεραπεία δεν διαχειρίζεται επαρκώς το IBS στην πλειονότητα των ασθενών. Μία επιλογή για τη θεραπεία του IBS είναι η χρήση ενός συνδυασμού διαφορετικών φαρμάκων ή ενός συνδυασμού φαρμάκων all-in-one για τη θεραπεία πολλαπλών πτυχών του συνδρόμου. Τα συνδυαστικά φάρμακα, που επηρεάζουν τη σύνδεση του εγκεφάλου-εντέρου, καθώς και έναν αντιχολινεργικό μηχανισμό αποτελούν πρότυπο αντιμετώπισης για τη θεραπεία του IBS. Αντιπροσωπεύουν βιώσιμες εναλλακτικές λύσεις έναντι των νέων εγκεκριμένων φαρμακευτικών αγωγών. Ακόμα κι αν φάρμακα όπως ένας συνδυασμός αλκαλοειδών Belladonna / phenobarbital ή Donnatal®, χρησιμοποιούνται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα για τη διαχείριση του IBS, το ιστορικό κλινικής έρευνας και τα αποτελέσματά τους δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τον τομέα της γαστρεντερολογίας, δεδομένης της έλλειψης πρόσφατων μελετών. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ενημέρωση του πεδίου για το εύρος των μελετών που διεξήχθησαν για αυτόν τον συνδυασμό φαρμάκων για το IBS.

Συμπέρασμα. Ο συνδυασμός BA και PB έχει ερευνηθεί κλινικά τα τελευταία 60 χρόνια για λειτουργικές διαταραχές του εντέρου συμπεριλαμβανομένου του IBS. Ενώ τα πρότυπα για την έρευνα έχουν αλλάξει αυτά τα 60 χρόνια, τα ευρήματα που συνοψίζονται σε αυτήν την ανασκόπηση είναι συνεπή στο ότι οι BA σε συνδυασμό με το PB ανακουφίζουν τα συμπτώματα του IBS, ιδιαίτερα τον κοιλιακό πόνο. Η πιο πρόσφατη μελέτη του Donnatal® από τους Turner et al. Υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρχει διαφορετική επίδραση στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες για την ανακούφιση του κοιλιακού πόνου στη διαχείριση του IBS. Διαπιστώθηκαν διαφορές φύλου σε σχέση με την ευαισθησία στον κοιλιακό πόνο γενικά και σε ασθενείς με IBS. Πράγματι, μια μελέτη του Librax® διαπίστωσε επίσης διαφορές φύλου στους άνδρες έναντι των γυναικών, οι οποίες μπορεί να καθορίσουν τις αποκρίσεις του σπλαχνικού πόνου σε αυτή τη θεραπεία. Δεδομένου ότι καμία θεραπεία δεν διαχειρίζεται την πλειονότητα των συμπτωμάτων σε ασθενείς με IBS, το Donnatal® και άλλα συνδυαστικά φάρμακα, αν και παλαιότερα, εξακολουθούν να είναι βιώσιμες

εναλλακτικές λύσεις για τη θεραπεία αυτής της δύσκολης κατάστασης με ασφάλεια που έχει αποδειχθεί εδώ και δεκαετίες χρήσης.

13^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Journal of Alternative, Complementary & Integrative Medicine. 2018, 4: 056

Using Traditional Chinese Medicine for Irritable Bowel Syndrome

Ryu, J.

Abstract

In recent years, Traditional Chinese Medicine (TCM) has gained popularity in the Western Hemisphere. More people are utilizing TCM as a conservative treatment option prior to proceeding with more invasive options such as pharmaceuticals and surgeries. Acupuncture and Chinese herbal medicine are the most well-known modalities of TCM. They are commonly used to treat disorders of various systems including digestive disorders. This article will discuss how TCM is used to treat Irritable Bowel Syndrome (IBS) by looking at numbers of research studies. Symptoms of IBS include abdominal pain, bloating, cramping and changes in bowel habits such as diarrhea and constipation. The studies show the efficacy and safety of using TCM to treat patients with IBS without significant adverse effects. Acupuncture and Chinese herbal medicine help decrease symptoms of IBS by facilitating and enhancing the functions of digestive organs, regulating bowel habits, assisting in release of hormones and neurotransmitters, reducing abdominal pain and bloating and stabilizing stress and anxiety that can contribute to IBS. Therefore, acupuncture and Chinese herbal medicine is recommended being a part of the treatment plan for those suffering from IBS.

Conclusion. Irritable Bowel Syndrome (IBS) is prevalent in the United States where 12 percent of the populations are diagnosed with the disorder. Treatments include diet changes, stress management, probiotics, conventional medicine and complementary medicine such as acupuncture and Chinese herbal medicine. Acupuncture and Chinese herbal medicine can safely and effectively help patients with IBS without adverse effects that are often presented with invasive procedures of conventional medicine and pharmaceutical uses. Acupuncture decreases abdominal pain by affecting the concentration of endogenous opioids and can regulate visceral reflux activity, gastric emptying and acid secretion. Acupuncture overall relieves symptoms of IBS by facilitating and enhancing the functions of digestive organs,

regulating bowel habits, assisting in release of hormones and neurotransmitters, reducing abdominal pain and bloating, and stabilizing stress and anxiety that can contribute to IBS.

Chinese herbal medicine such as Shun-Qi-Tong-Xie (SQTX) and Tong Xie Yao Fang (TXYF) can greatly reduce symptoms of IBS. SQTX was found to reduce abdominal pain, abdominal discomfort and diarrhea that are mainly accompanied with emotional instability. Studies showed that TXYF decreases abdominal pain and distention, improves the stool quality and stabilizes emotional health in patients better than pharmaceutical interventions. TXYF treats symptoms of IBS through its ability to adjust activation of mast cells to decrease visceral hypersensitivity, its ability to lower 5-HT levels, and its ability to affect microbiota species in the gut flora.

More conducted studies would be beneficial in gaining additional measurements on safety and efficacy of acupuncture and Chinese herbal medicine when treating symptoms of IBS. Regardless, acupuncture and Chinese herbal medicine is recommended to be a part of the treatment plan for those suffering from IBS.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Χρήση της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (TCM) έχει αποκτήσει δημοτικότητα στο Δυτικό Ημισφαίριο. Περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν το TCM ως συντηρητική θεραπευτική επιλογή πριν προχωρήσουν σε πιο επεμβατικές επιλογές όπως φαρμακευτική και χειρουργική παρέμβαση. Ο βελονισμός και η κινεζική φυτική ιατρική είναι οι πιο γνωστές μέθοδοι TCM. Χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία διαταραχών διαφόρων συστημάτων, συμπεριλαμβανομένων των πεπτικών διαταραχών. Αυτό το άρθρο θα συζητήσει πώς χρησιμοποιείται το TCM για τη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) εξετάζοντας τον αριθμό των ερευνητικών μελετών. Τα συμπτώματα του IBS περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, φούσκωμα, κράμπες και αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, όπως διάρροια και δυσκοιλιότητα. Οι μελέτες δείχνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της χρήσης του TCM για τη θεραπεία ασθενών με IBS χωρίς σημαντικές παρενέργειες. Ο βελονισμός και η κινεζική φυτική ιατρική βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων του IBS διευκολύνοντας και βελτιώνοντας τις λειτουργίες των πεπτικών οργάνων, ρυθμίζοντας τις συνήθειες του εντέρου, βοηθώντας στην απελευθέρωση ορμονών και νευροδιαβιβαστών, μειώνοντας τον κοιλιακό άλγος και φούσκωμα και σταθεροποιώντας το στρες και το άγχος που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση IBS. Ως εκ τούτου, ο βελονισμός και η κινεζική

φυτική ιατρική συνιστάται να αποτελούν μέρος του πλάνου θεραπείας για όσους πάσχουν από IBS.

Συμπέρασμα. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι διαδεδομένο στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου το 12% των πληθυσμών διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν αλλαγές στη διατροφή, διαχείριση του στρες, προβιοτικά, συμβατική ιατρική και συμπληρωματική ιατρική όπως ο βελονισμός και η κινεζική φυτική ιατρική. Ο βελονισμός μειώνει τον κοιλιακό πόνο επηρεάζοντας τη συγκέντρωση ενδογενών οπιοειδών και μπορεί να ρυθμίσει τη δραστηριότητα της σπλαχνικής παλινδρόμησης, το γαστρικό άδειασμα. Ο βελονισμός μειώνει τον κοιλιακό πόνο επηρεάζοντας τη συγκέντρωση ενδογενών οπιοειδών και μπορεί να ρυθμίσει τη δραστηριότητα της σπλαχνικής παλινδρόμησης, τη γαστρική εκκένωση και έκκριση οξέος. Ο βελονισμός ανακουφίζει συνολικά τα συμπτώματα του IBS διευκολύνοντας και ενισχύοντας τις λειτουργίες των πεπτικών οργάνων, ρυθμίζοντας τις συνήθειες του εντέρου, βοηθώντας στην απελευθέρωση ορμονών και νευροδιαβιβαστών, μειώνοντας τον κοιλιακό άλγος και φούσκωμα, και σταθεροποιώντας το άγχος και το άγχος που μπορούν να συμβάλουν στο IBS.

Τα κινέζικα φυτικά φάρμακα όπως το Shun-Qi-Tong-Xie (SQTX) και το Tong Xie Yao Fang (TXYF) μπορούν να μειώσουν σημαντικά τα συμπτώματα του IBS. Το SQTX βρέθηκε να μειώνει τον κοιλιακό πόνο, την κοιλιακή δυσφορία και τη διάρροια που συνοδεύονται κυρίως από συναισθηματική αστάθεια. Μελέτες έδειξαν ότι το TXYF μειώνει τον κοιλιακό πόνο και τη διάταση, βελτιώνει την ποιότητα των κοπράνων και σταθεροποιεί τη συναισθηματική υγεία σε ασθενείς καλύτερα από τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Επίπεδα HT και η ικανότητά του να επηρεάζει είδη μικροβίων στη χλωρίδα του εντέρου.

Περισσότερες διεξαγόμενες μελέτες θα ήταν επωφελείς για την απόκτηση πρόσθετων μετρήσεων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του βελονισμού και της κινεζικής φυτικής ιατρικής κατά τη θεραπεία συμπτωμάτων του IBS. Ανεξάρτητα, ο βελονισμός και η κινεζική φυτική ιατρική συνιστάται να αποτελούν μέρος του σχεδίου θεραπείας για όσους πάσχουν από IBS.

14^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2017; 21 (2 Suppl): 102-107

Beta-glucan, inositol and digestive enzymes improve quality of life of patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome.

R. Spagnuolo, C. Cosco, R.M. Mancina, G. Ruggiero, P. Garieri, V. Cosco, P. Doldo

Abstract.

OBJECTIVE: To evaluate the efficacy of a mixture of beta-glucan, inositol and digestive enzymes in improving gastrointestinal symptoms in patients affected by inflammatory bowel disease (IBD)-irritable bowel syndrome (IBS).

PATIENTS AND METHODS: The study was conducted at the IBD Unit of the University of Catanzaro. Forty-three IBD patients with IBS symptoms were included in the study. IBD diagnosis was performed by clinical, endoscopic, histological and radiological criteria. Patients were in clinical remission and in treatment only with systemical and topical mesalamine. All study participants fulfilled the Rome III criteria for the diagnosis of IBS. The study participants were randomized into 2 groups: group A (n=23) received conventional treatment (systemical and topical mesalamine) plus a mixture of beta-glucan, inositol and digestive enzymes (one tablet after lunch and dinner) for four consecutive weeks; group B (n=20) received only conventional treatment. The prevalence and intensity of gastrointestinal (GI) symptoms were evaluated both at the enrollment (T0) and after four weeks of treatment (T1).

RESULTS: Patients who received mesalamine plus the mixture of beta-glucan, inositol and digestive enzymes (group A) reported a reduction in abdominal pain together with reduction in bloating and flatulence after four weeks of treatment. Importantly, an overall improvement in the general well-being has been recorded. Patients who underwent only mesalamine treatment (group B) reported a mild reduction in the evacuative urgency without any other improvements.

CONCLUSIONS: We have shown that supplementation with a mixture of beta-glucan, inositol and digestive enzymes reduces bloating, flatulence and abdominal pain, improving the overall clinical condition of IBD-IBS patients.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η βήτα-γλυκάνη, η ινοσιτόλη και τα πεπτικά ένζυμα βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός μείγματος βήτα-γλυκάνης, ινοσιτόλης και πεπτικών ενζύμων στη βελτίωση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS).

Ασθενείς και Μέθοδος: Η μελέτη διεξήχθη στη μονάδα IBD του Πανεπιστημίου του Catanzaro. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν σαράντα τρεις ασθενείς με IBD με συμπτώματα IBS. Η διάγνωση του IBD πραγματοποιήθηκε με κλινικά, ενδοσκοπικά, ιστολογικά και ακτινολογικά κριτήρια. Οι ασθενείς βρίσκονταν σε κλινική ύφεση και υπό θεραπεία μόνο με χορήγηση συστηματικής και τοπικής μεσαλαμίνης. Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληρούσαν τα κριτήρια ROME III για τη διάγνωση του IBS. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη διαχωρίστηκαν με τυχαία επιλογή σε 2 ομάδες: η ομάδα Α (n = 23) έλαβε συμβατική θεραπεία (συστηματική και τοπική μεσαλαμίνη) συν ένα μείγμα β-γλυκάνης, ινοσιτόλης και πεπτικών ενζύμων (ένα δισκίο μετά το μεσημεριανό γεύμα και το δείπνο) για τέσσερις συνεχόμενες εβδομάδες, η ομάδα Β (n = 20) έλαβε μόνο συμβατική θεραπεία. Ο επιπολασμός και η ένταση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων (GI) αξιολογήθηκαν τόσο κατά την εγγραφή (T0) όσο και μετά από τέσσερις εβδομάδες θεραπείας (T1).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν μεσαλαμίνη σε συνδυασμό με το μείγμα β-γλυκάνης, ινοσιτόλης και πεπτικών ενζύμων (ομάδα Α) ανέφεραν μείωση του κοιλιακού πόνου μαζί με μείωση του φουσκώματος και του μετεωρισμού μετά από τέσσερις εβδομάδες θεραπείας. Τονίζεται σημαντικό ότι σημειώθηκε μια συνολική βελτίωση στη γενική κλινική εικόνα. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν μόνο σε θεραπεία με μεσαλαμίνη (ομάδα Β) ανέφεραν μια ήπια μείωση στην αίσθηση του επείγοντος κένωσης χωρίς άλλες βελτιώσεις.

Συμπεράσματα: Η έρευνα κατέδειξε ότι η συμπληρωματική θεραπεία με ένα μείγμα β-γλυκάνης, ινοσιτόλης και πεπτικών ενζύμων μειώνει το φούσκωμα, τον μετεωρισμό και τον κοιλιακό πόνο, βελτιώνοντας τη συνολική κλινική κατάσταση των ασθενών με IBD-IBS.

15^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2017, 21: 2249-2254

Supplementation with a lecithin-based delivery form of *Boswellia serrata* extract (Casperome®) controls symptoms of mild irritable bowel syndrome

G. Belcaro, G. Gizzi, L. Pellegrini, M. Corsi, M. Dugall, M. Cacchio, B. Feragalli, S. Togni, A. Riva, R. Eggenhoffner, L. Giacomelli

Abstract.

OBJECTIVE: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic, gastrointestinal disorder in which abdominal pain or discomfort is associated with defecation or changes in bowel habits. Its multifactorial pathophysiology leads to a variety of available treatments, mainly aimed at controlling symptoms. The management of IBS patients could be optimized by individualized strategies, including non-pharmaceutical approaches. In this study, we evaluated the efficacy and safety of a novel delivery /form of *Boswellia serrata* extracts (BSE) (Casperome ®) in patients with IBS.

PATIENTS AND METHODS: 71 otherwise healthy subjects with idiopathic IBS were recruited. Participants were assigned to the following management strategies: hyoscine butylbromide; papaverine hydrochloride + A. belladonna extract; supplementation with Casperome ®. Predominant IBS symptoms were evaluated at inclusion and at the end of the observational period (4 weeks). The numbers of subjects who needed rescue medication or medical attention/hospital admission were recorded. Adverse events were also evaluated.

RESULTS: In all groups, the IBS symptoms investigated, namely abdominal pain, altered bowel movements, meteorism and cramps improved during the observational period. Of note, the number of subjects who needed medical attention significantly decreased only in Casperome ®-supplemented group. In addition, Casperome ® supplementation was related to a lower incidence of side effects (mainly stypsis).

CONCLUSIONS: This preliminary study suggests that Casperome® supplementation could represent a promising alternative approach to manage symptoms associated with IBS in otherwise healthy subjects.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η συμπληρωματική θεραπεία με τη χορήγηση μιας μορφής εκχυλίσματος *Boswellia serrata* (Casperome®) με βάση τη λεκιθίνη ελέγχει τα συμπτώματα του συνδρόμου ήπιου ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια, γαστρεντερική διαταραχή στην οποία ο κοιλιακός πόνος ή δυσφορία σχετίζεται με τις κενώσεις του εντέρου ή με αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου. Η πολυπαραγοντική παθοφυσιολογία της οδηγεί σε μια ποικιλία διαθέσιμων θεραπειών, που στοχεύουν κυρίως στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η διαχείριση των ασθενών με IBS θα μπορούσε να βελτιστοποιηθεί με εξατομικευμένες στρατηγικές, συμπεριλαμβανομένων μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων. Στην παρούσα μελέτη, αξιολογείται η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια μιας νέας μορφής εκχυλισμάτων *Boswellia serrata* (BSE) (Casperome®) σε ασθενείς με IBS.

Ασθενείς και Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 71 άτομα με ιδιοπαθή IBS χωρίς άλλα υποκείμενα νοσήματα. Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν στις ακόλουθες στρατηγικές διαχείρισης: βουτυλοβρωμίδιο υοσίνης; υδροχλωρική παπαβερίνη + A, εκχύλισμα μπελλαντόνας, συμπλήρωμα με Casperome®. Τα κυρίαρχα συμπτώματα του IBS αξιολογήθηκαν κατά την ένταξη και στο τέλος της περιόδου παρατήρησης (4 εβδομάδες). Καταγράφηκαν οι αριθμοί των ατόμων που χρειάστηκαν φάρμακα διάσωσης ή ιατρική φροντίδα / εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επίσης, αξιολογήθηκαν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Αποτελέσματα: Σε όλες τις ομάδες, τα συμπτώματα IBS που ερευνήθηκαν, δηλαδή κοιλιακό άλγος, μεταβαλλόμενες κινήσεις του εντέρου, μετεωρισμός και κράμπες βελτιώθηκαν κατά την περίοδο παρατήρησης. Σημειωτέον, ο αριθμός των ατόμων που χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα μειώθηκε σημαντικά μόνο στην ομάδα στην οποία χορηγήθηκε συμπλήρωμα Casperome®. Επιπλέον, το συμπλήρωμα Casperome® συσχετίστηκε με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων παρενεργειών (κυρίως στέψη).

Συμπεράσματα: Αυτή η προκαταρκτική μελέτη δείχνει ότι το συμπλήρωμα Casperome® θα μπορούσε να αποτελέσει μια πολλά υποσχόμενη εναλλακτική προσέγγιση για τη διαχείριση συμπτωμάτων που σχετίζονται με το IBS σε κατά τα άλλα υγιή άτομα.

16^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Int J Res Med. 2015; 4(3);68-70

Probiotics for Diarrhoea – Predominant Irritable Bowel Syndrome

Mashrutee, M., Chirag, R., Vama, A., Krina, P., Ankitkumar, P.

ABSTRACT

BACKGROUND: Irritable bowel syndrome is a gastrointestinal condition with psychiatric co-morbidities. We present a case of Irritable bowel syndrome in a patient suffering from major depressive disorder who recovered significantly with psychotherapy and Probiotic supplementation.

CONCLUSION: Thus, IBS is a multi-factorial disorder whose diagnosis needs special attention. The psychological association should always be kept in mind while dealing with such patients. Psychotherapy should be a part of its treatment in patients affected with psychiatric disorders. Probiotic supplementation can be an important part of therapy in certain individuals with IBS.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Προβιοτικά για διάρροια – Επικρατέστερο του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια γαστρεντερική κατάσταση με ψυχιατρικές συννοσηρότητες. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου σε έναν ασθενή που πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που ανέκαμψε σημαντικά με ψυχοθεραπεία και προβιοτικά συμπληρώματα.

Συμπέρασμα: Το IBS είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή της οποίας η διάγνωση χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η ψυχολογική συσχέτιση πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη κατά την αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποτελεί μέρος της θεραπείας της σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές. Το προβιοτικό συμπλήρωμα μπορεί να είναι σημαντικό μέρος της θεραπείας σε ορισμένα άτομα με IBS.

17^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Acta Medica Mediterranea. 2016. 4 (102)

Microbiology synergism between tear substitutes and symbiotic treatment of patients with irritable bowel syndrome.

Chisari, G., Rampello, L., Chisari, E., Catania, V., Greco, C., Stagni, E., Chisari, C.

ABSTRACT

The tear film consists of a set of heterogeneous substances (lipids, proteins, mucin and water) combined in order to form a highly organic tropism structure specialized in the defense of the ocular surface. Dry Eye Disease (DED) is characterized by discomfort, visual disturbance, constant irritation, foreign body sensation, and blurred vision. We evaluate in this preliminary report the effect of supplementation with symbiotic Maxiflor on tear film in DED patients. We recruited 40 patients (27 females and 13 males, age 51.5 ± 11.1) showing signs of discomfort and / or dry eyes (burning, foreign body sensation, dryness or itching). Following the run-in period subjects were randomized in two groups: group A (N° 20 subjects) and group B (N° 20 subjects). Group A (control) treated only with substitute tear and group B treated with substitute tear + mixture (symbiotic). The data obtained in the two study groups A and B were, respectively the following: Schirmer 10.1 ± 0.2 vs 12.7 ± 0.4 ($p < 0.001$); Schirmer II 3.6 ± 0.1 VS 4.6 ± 0.2 ($p < 0.001$); Fluorescein in break-up time (TF BUT) 4.1 ± 0.3 vs 6.5 ± 0.2 ($p < 0.001$). Culture test showed initial bacterial growth in 18 out of 40 samples tested in group “A” (control), corresponding to 45.0%; whereas bacterial culture was found positive after treatment in 14 out of 40 tests, equal to 35.0%, in group “B” (symbiotic). A reduction of 16 to 12 strains of aerobic and anaerobic isolates from 10 to 6 has been found. The present study shows that the administration of Bifidobacteria and Lactobacillus may represent a successful treatment in ameliorating DED.

Conclusion. In conclusion our paper confirms the benefit of this probiotic combination in reducing DED and in improving quality of life. The mechanism of the benefit observed with probiotic remains a matter of significant interest. With regard to the impact of the DED symptoms on the patients overall well-being, symptoms of discomfort visual disturbance exhibit higher psychological distress associated with decrease in quality of medications. Further studies are needed to investigate the relative contribution of treatment aiming to reduce discomfort symptoms and visual disturbance.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συνεργισμός μικροβιολογίας μεταξύ υποκατάστατων δακρύων και συμβιωτικής θεραπείας ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δακρυϊκό φιλμ αποτελείται από ένα σύνολο ετερογενών ουσιών (λιπίδια, πρωτεΐνες, βλεννίνη και νερό) που συνδυάζονται για να σχηματίσουν μια δομή με υψηλή περιεκτικότητα σε οργανικά στοιχεία, τα οποία παρουσιάζουν υψηλή ικανότητα τροπισμού, και στοχεύει στην προστασία της οφθαλμικής επιφάνειας. Η ξηροφθαλμία (DED) χαρακτηρίζεται από δυσφορία, διαταραχή της όρασης, συνεχή ερεθισμό, αίσθηση ξένου σώματος και θολή όραση. Σε αυτήν την προκαταρκτική έκθεση αξιολογούμε την επίδραση της συμπληρωματικής θεραπείας με τη χορήγηση του συμβιωτικού Maxiflor στο δακρυϊκό φιλμ ασθενών με DED. Συμμετείχαν 40 ασθενείς (27 γυναίκες και 13 άνδρες, ηλικίας $51,5 \pm 11,1$) που εμφανίζαν σημάδια δυσφορίας και / ή ξηροφθαλμίας (καύση, αίσθηση ξένου σώματος, ξηρότητα ή κνησμός). Μετά την προκαταρκτική περίοδο, το δείγμα τυχαιοποιήθηκε σε δύο ομάδες: ομάδα Α (άτομα 20) και ομάδα Β (άτομα 20). Στην ομάδα Α (ομάδα ελέγχου) χορηγήθηκε μόνο υποκατάστατο φυσικού δακρύου και στην ομάδα Β χορηγήθηκε τόσο υποκατάστατο φυσικού δακρύου όσο και μείγμα του συμβιωτικού. Τα δεδομένα που ελήφθησαν στις δύο ομάδες μελέτης Α και Β ήταν, αντίστοιχα, τα ακόλουθα: Schirmer $10,1 \pm 0,2$ έναντι $12,7 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Schirmer II $3,6 \pm 0,1$ VS $4,6 \pm 0,2$ ($p < 0,001$); Φλουορεσκεΐνη σε χρόνο διάλυσης (TF BUT) $4,1 \pm 0,3$ έναντι $6,5 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). Το τεστ καλλιέργειας έδειξε αρχική βακτηριακή ανάπτυξη σε 18 από τα 40 δείγματα που εξετάστηκαν στην ομάδα «Α» (μάρτυρας), που αντιστοιχεί στο 45,0%. λαμβάνοντας υπόψη ότι η βακτηριακή καλλιέργεια βρέθηκε θετική μετά από θεραπεία σε 14 από τις 40 δοκιμές, ίση με 35,0%, στην ομάδα «Β» (συμβιωτική). Καταγράφηκε μείωση 16 έως 12 στελεχών αερόβιων στελεχών και αναερόβιων στελεχών μείωση από 10 σε 6. Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η χορήγηση των Bifidobacteria και Lactobacillus μπορεί να αποτελέσει μια επιτυχημένη θεραπεία για την αντιμετώπιση του DED.

Συμπέρασμα: Συμπερασματικά, η εργασία μας επιβεβαιώνει το όφελος αυτού του προβιοτικού συνδυασμού στη μείωση της DED και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο μηχανισμός του οφέλους που παρατηρείται με τα προβιοτικά παραμένει ζήτημα σημαντικού ενδιαφέροντος. Όσον αφορά την επίδραση των συμπτωμάτων DED στη συνολική ευεξία των ασθενών, τα συμπτώματα δυσφορίας στην οπτική διαταραχή εμφανίζουν υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με τη μείωση της ποιότητας των φαρμάκων.

Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη διερεύνηση της σχετικής συμβολής της θεραπείας με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων δυσφορίας, και οπτική διαταραχή.

18^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA. 2015. 28 (4): 188–9

Successful management of difficult-to- treat irritable bowel syndrome incorporating a psychological approach

Srivastava, P., Bhad, R., Sharma, P., Varshney, M., Sharan, P.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome is a common gastrointestinal condition with underlying psychological factors. Its management can be challenging, sometimes necessitating a multidisciplinary team of gastroenterologists, psychiatrists and clinical psychologists. Non-pharmacological interventions are gaining attention for the management of chronic irritable bowel syndrome. We present a difficult-to-treat case of chronic irritable bowel syndrome, which was managed successfully with psychological interventions.

Conclusion. Psychosocial factors can play an important role in the course and prognosis of IBS as suggested by the biopsychosocial model. In clinical practice, a thorough evaluation of medical causes for altered bowel habits should be conducted for difficult-to-treat IBS, and adequate medical treatment should be instituted. The psychological component should be added to the management for patients who do not respond despite medical treatment, especially if symptoms are not adequately explained by medical causes. This case highlights the role of psychological factors in influencing digestion and excretion, symptom perception and maintenance of IBS.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επιτυχής διαχείριση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί και ενσωματώνει μια ψυχολογική προσέγγιση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια κοινή γαστρεντερική κατάσταση με υποκείμενους ψυχολογικούς παράγοντες. Η διαχείρισή της μπορεί να είναι δύσκολη, μερικές φορές απαιτεί μια πολυεπιστημονική ομάδα γαστρεντερολόγων, ψυχιάτρων και κλινικών ψυχολόγων. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις αρχίζουν να κινούν το ενδιαφέρον, όσον αφορά στη διαχείριση του χρόνιου συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Παρουσιάζουμε μια μελέτη περίπτωσης με δυσκολία στη θεραπεία χρόνιου συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Συμπέρασμα: Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πορεία και την πρόγνωση του IBS, όπως προτείνεται από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Στην κλινική πρακτική, θα πρέπει να διεξαχθεί διεξοδική αξιολόγηση των ιατρικών αιτιών για αλλοιωμένες συνήθειες του εντέρου για το δύσκολο στη θεραπεία IBS και επαρκή ιατρική θεραπεία πρέπει να καθιερωθεί. Η ψυχολογική συνιστώσα πρέπει να προστεθεί στη διαχείριση ασθενών που δεν ανταποκρίνονται παρά την ιατρική θεραπεία, ειδικά εάν τα συμπτώματα δεν εξηγούνται επαρκώς από ιατρικές αιτίες. Αυτή η περίπτωση υπογραμμίζει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην επίδραση της πέψης και της απέκκρισης, της αντίληψης των συμπτωμάτων και της διατήρησης του IBS.

18^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Medical Practice. 2017, 23 (6):641–7

The current treatment landscape of irritable bowel syndrome in adults in Hong Kong: consensus statements

Wu, J., Chan, A., Chan, Y., Cheung, G., Cheung, TK., Kwan, A., Leung, V., Mak, A., Sze, WC., Wong, R.

ABSTRACT

Objective: The estimated prevalence of irritable bowel syndrome in Hong Kong is 6.6%. With the increasing availability of pharmacological and non-pharmacological treatments, the Hong Kong Advisory Council on Irritable Bowel Syndrome has developed a set of consensus statements intended to serve as local recommendations for clinicians about diagnosis and management of irritable bowel syndrome.

Participants: A multidisciplinary group of clinicians constituting the Hong Kong Advisory Council on Irritable Bowel Syndrome—seven gastroenterologists, one clinical psychologist, one psychiatrist, and one nutritionist—convened on 20 April 2017 in Hong Kong.

Evidence: Published primary research articles, metaanalyses, and guidelines and consensus statements issued by different regional and international societies on the diagnosis and management of irritable bowel syndrome were reviewed.

Consensus Process: An outline of consensus statements was drafted prior to the meeting. All consensus statements were finalised by the participants during the meeting, with 100% consensus.

Conclusions: Twenty-four consensus statements were generated at the meeting. The statements were divided into four parts covering: (1) patient assessment; (2) patient's psychological distress; (3) dietary and alternative approaches to managing irritable bowel syndrome; and (4) evidence to support pharmacological management of irritable bowel syndrome. It is recommended that primary care physicians assume the role of principal care provider for patients with irritable bowel syndrome. The current statements are intended to guide primary care physicians in diagnosing and managing patients with irritable bowel syndrome in Hong Kong.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Το τρέχον θεραπευτικό τοπίο του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου σε ενήλικες στο Χονγκ Κονγκ: δηλώσεις συναίνεσης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο εκτιμώμενος επιπολασμός του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου στο Χονγκ Κονγκ είναι 6,6%. Με την αυξανόμενη διαθεσιμότητα φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών θεραπειών, το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο του Χονγκ Κονγκ για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έχει αναπτύξει μια σειρά δηλώσεων συναίνεσης που προορίζονται να χρησιμεύσουν ως τοπικές συστάσεις για τους κλινικούς για τη διάγνωση και τη διαχείριση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Συμμετέχοντες: Μια πολυεπιστημονική ομάδα κλινικών που συγκροτεί το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο του Χονγκ Κονγκ για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου - επτά γαστρεντερολόγοι, ένας κλινικός ψυχολόγος, ένας ψυχίατρος και ένας διατροφολόγος - συγκλήθηκε στις 20 Απριλίου 2017 στο Χονγκ Κονγκ.

Στοιχεία – Αποδείξεις: Ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας αποτελούμενης από πρωτογενή ερευνητικά άρθρα, μεταανалύσεις και οδηγίες και δηλώσεις συναίνεσης που εκδόθηκαν από διάφορες περιφερειακές και διεθνείς εταιρείες σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Διαδικασία συναίνεσης: Πριν από τη συνάντησης συντάχθηκε μια περιγραφή των δηλώσεων συναίνεσης. Όλες οι δηλώσεις συναίνεσης οριστικοποιήθηκαν από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της συνάντησης, με 100% συναίνεση.

Συμπεράσματα: Στη συνάντηση δημιουργήθηκαν 24 δηλώσεις συναίνεσης. Οι δηλώσεις χωρίστηκαν σε τέσσερα μέρη που καλύπτουν: (1) αξιολόγηση ασθενούς, (2) ψυχολογική δυσφορία του ασθενούς (3) διατροφικές και εναλλακτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και (4) στοιχεία που υποστηρίζουν τη φαρμακολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Συνιστάται οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης να αναλάβουν το ρόλο του κύριου παρόχου φροντίδας για ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Οι τρέχουσες δηλώσεις προορίζονται να καθοδηγήσουν τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διάγνωση και διαχείριση ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου στο Χονγκ Κονγκ.

3.4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 2^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Καθώς το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια πολύπλευρη κατάσταση, δεν έχει αναπτυχθεί έως σήμερα κάποια ολιστική θεραπεία για την πλήρη αντιμετώπισή του. Ωστόσο, οι νεώτερες εξελίξεις στον τομέα της φαρμακευτικής και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων, έχουν βελτιώσει τις δυνατότητες διαχείρισης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Παράλληλα, η εφαρμογή μεθόδων συνδυαστικής χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής ή και παραδοσιακών μεθόδων αντιμετώπισης, φαίνεται να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα, τουλάχιστον στη μερική διαχείριση των συμπτωμάτων.

Τα συνδυαστικά φάρμακα, που επηρεάζουν τη σύνδεση του εγκεφάλου-εντέρου, καθώς και έναν αντιχολινεργικό μηχανισμό αποτελούν πρότυπο αντιμετώπισης για τη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Συνδυαστικά φάρμακα αλκαλοειδών (π.χ. Belladonna / phenobarbital ή Donnatal® ή Casperome®) ή και προβιοτικών, παρότι φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικά για την διαχείριση του συνδρόμου και είναι ασφαλή, δεν υπάρχει επαρκής κλινική έρευνα ώστε να επιβεβαιωθεί η αποδοτικότητά τους, οπότε θα πρέπει να γίνουν περισσότερο εκτενείς και εμπεριστατωμένες έρευνες, (Panas et al., 2018, Belcaro et al., 2017). Παράλληλα, η συμπληρωματική θεραπεία με ένα μείγμα β-γλυκάνης, ινοσιτόλης και πεπτικών ενζύμων μειώνει το φούσκωμα, τον μετεωρισμό και τον κοιλιακό πόνο, βελτιώνοντας τη συνολική κλινική κατάσταση των ασθενών, (Spagnuolo et al., 2017).

Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα έρευνας σχετικά με την εφαρμογή παραδοσιακών κινέζικων μεθόδων στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Η εν λόγω έρευνα καταδεικνύει ότι ο βελονισμός και η κινέζικη φυτική ιατρική είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά για την ελάττωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου, καθώς διευκολύνουν και βελτιώνουν τις λειτουργίες των πεπτικών οργάνων, ρυθμίζουν τις συνήθειες του εντέρου, συμβάλουν στην απελευθέρωση ορμονών και νευροδιαβιβαστών, ενώ παράλληλα δρουν θετικά στην αντιμετώπιση του κοιλιακού άλγους και της αίσθησης «φουσκώματος» και στην μείωση των επιπέδων άγχους και στρες, (Ryu, 2018).

3.5. 3^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Διάγνωση

19^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Ann Fam Med 2016, 14:437-445.

Diagnostic Accuracy of Fecal Calprotectin for Pediatric Inflammatory Bowel Disease in Primary Care: A Prospective Cohort Study.

Holtman, G., Lisman-van Leeuwen, Y., Kollen, B., Norbruis, O., Escher, J., Kindermann, A., RijkePatrick de F. van Rheenen, Y., Berger, M.

ABSTRACT

PURPOSE In specialist care, fecal calprotectin (FCal) is a commonly used noninvasive diagnostic test for ruling out inflammatory bowel disease (IBD) in children with chronic gastrointestinal symptoms. The aim of this study was to evaluate the diagnostic accuracy of FCal for IBD in symptomatic children in primary care.

METHODS We studied 2 prospective cohorts of children with chronic diarrhea, recurrent abdominal pain, or both: children initially seen in primary care (primary care cohort) and children referred to specialist care (referred cohort). FCal (index test) was measured at baseline and compared with 1 of the 2 reference standards for IBD: endoscopic assessment or 1-year follow-up. Physicians were blinded to FCal results, and values greater than 50 µg/g feces were considered positive. We determined specificity in the primary care cohort and sensitivity in the referred cohort.

RESULTS None of the 114 children in the primary care cohort ultimately received a diagnosis of IBD. The specificity of FCal in the primary care cohort was 0.87 (95% CI, 0.80-0.92). Among the 90 children in the referred cohort, 17 (19%) ultimately received a diagnosis of IBD. The sensitivity of FCal in the referred cohort was 0.99 (95% CI, 0.81-1.00).

CONCLUSIONS The findings of this study suggest that a positive FCal result in children with chronic gastrointestinal symptoms seen in primary care is not likely to be indicative of IBD. A negative FCal result is likely to be a true negative, which safely rules out IBD in children in whom a primary care physician considers referral to specialist care.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Διαγνωστική ακρίβεια της κοπρωτεκτικής κοπράνων για παιδιατρική φλεγμονώδη νόσο του εντέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα: Μια μελέτη κοόρτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στον τομέα της εξειδικευμένης περίθαλψης, η κοπρωτεκτική κοπράνων (FCal) είναι μια συνήθως χρησιμοποιούμενη μη επεμβατική διαγνωστική δοκιμή για τον αποκλεισμό της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD) σε παιδιά με χρόνια γαστρεντερικά συμπτώματα. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη διαγνωστική ακρίβεια του FCal για διάγνωση IBD σε συμπτωματικά παιδιά στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Μέθοδος: Μελετήσαμε 2 πιθανές ομάδες παιδιών με χρόνια διάρροια, υποτροπιάζοντα κοιλιακό άλγος ή και τα δύο: παιδιά που αρχικά περιθαλπόταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα (κοόρτη πρωτοβάθμιας φροντίδας) και παιδιά που παραπέμφθηκαν σε εξειδικευμένη φροντίδα (παραπεμφθείσα κοόρτη). Το FCal (δοκιμαστικός δείκτης) μετρήθηκε κατά την έναρξη και συγκρίθηκε με 1 από τα 2 πρότυπα αναφοράς για το IBD: ενδοσκοπική αξιολόγηση ή παρακολούθηση 1 έτους. Οι γιατροί арέστηκαν στα αποτελέσματα της δοκιμής FCal με αποτέλεσμα τιμές μεγαλύτερες από 50 μg/g στα κόπρανα να θεωρηθούν θετικές. Προσδιορίσαμε την ακρίβεια στην ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ευαισθησία στην παραπεμφθείσα κοόρτη.

Αποτελέσματα: Κανένα από τα 114 παιδιά στην ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν διαγνώσθηκε τελικά με IBD. Η ακρίβεια του FCal στην ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν 0,87 (95% CI, 0,80-0,92). Μεταξύ των 90 παιδιών στην παραπεμφθείσα κοόρτη, 17 (19%) τελικά έλαβαν διάγνωση IBD. Η ευαισθησία του FCal στην παραπεμφθείσα κοόρτη ήταν 0,99 (95% CI, 0,81-1,00).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι ένα θετικό αποτέλεσμα FCal σε παιδιά με χρόνια γαστρεντερικά συμπτώματα που παρατηρούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι πιθανό να είναι ενδεικτικό της ύπαρξης IBD. Ωστόσο, ένα αρνητικό αποτέλεσμα FCal είναι κατά πάσα περίπτωση, πραγματικά αρνητικό, το οποίο αποκλείει με ασφάλεια το IBD σε παιδιά για τα οποία ένας γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας θεωρεί απαραίτητο να παραπεμφθούν σε εξειδικευμένη φροντίδα.

20^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

J Am Board Fam Med 2020, 33(4) :549–560

Misdiagnosis of Diverticulitis After a Prior Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Longstreth, G., Wong, C., Chen, Q.

ABSTRACT

Introduction: Irritable bowel syndrome (IBS) and diverticulitis share clinical features. Misdiagnosed diverticulitis can cause unnecessary antibiotic therapy. Among IBS and non-IBS patients, we compared outpatient, clinically diagnosed (no computed tomography) diverticulitis rates. Among primary-care, diverticulitis-diagnosed IBS patients, we assessed imaged diverticulosis and probable misdiagnosed diverticulitis.

Methods: Among 3836-patient IBS and 67,827-patient non-IBS cohorts identified from 2000 to 2002, we retrospectively compared the frequency of outpatient, clinically diagnosed, antibiotic-treated diverticulitis from 2003 to endpoints of December 31, 2017, disenrollment, or death. In IBS patients, we reviewed records of initial, primary care-managed episodes for misdiagnosis.

Results: In 3836 clinically diagnosed IBS and 63,991 non-IBS cohorts, followup (median [interquartile range]) was 12.4 (3.9 to 15.0) years versus 10.2 (3.0 to 15.0) years, respectively ($P<.001$). The incidence rate/1000 patient-years (95% CI) of diagnosed diverticulitis was 14.0 (12.1 to 16.3) and 4.2 (4.0 to 4.5), respectively, (crude incidence rate ratio, 3.3 [2.8–3.9]; $P<.001$). Of examined features, the diagnosis of IBS was most strongly associated with clinically diagnosed diverticulitis (adjusted incidence rate ratio [95% CI]; 2.64 [2.21–3.15], $P<.001$). Of initial diverticulitis diagnoses in 189 IBS patients, objective evidence-based diagnosis revision or exclusion occurred in 12 (6.3%), including 6 hospitalized; 29 (15.3%) had colon imaging before and/or afterward without diverticulosis reported; 143 (75.1%) had image-documented diverticulosis; and 6 (3.2%) had no imaging.

Conclusions: Outpatient, clinically diagnosed, antibiotic-treated diverticulitis was increased 3-fold in IBS patients. Primary care clinical misdiagnosis of initial episodes occurred in 1 of 5 patients, but additional misdiagnosis due to misattribution of IBS pain to diverticulitis is suggested.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Εσφαλμένη διάγνωση εκκολπωματίτιδας μετά από προηγούμενη διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) και η εκκολπωματίτιδα έχουν κοινά κλινικά χαρακτηριστικά. Η εσφαλμένη διάγνωση της εκκολπωματίτιδας μπορεί να προκαλέσει περιττή θεραπεία με αντιβιοτικά. Μεταξύ των ασθενών με IBS και χωρίς IBS, συγκρίναμε τα ποσοστά εκκολπωματίτιδας σε εξωτερικούς ασθενείς, τα οποία ήταν κλινικά διαγνωσμένα (χωρίς τη χρήση υπολογιστικής τομογραφίας). Μεταξύ των ασθενών με IBS που έλαβαν πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι οποίοι διαγνώστηκαν και με εκκολπωματίτιδα, αξιολογήσαμε την απεικονιζόμενη εκκολπωματίτιδα και την πιθανή εσφαλμένη διάγνωση εκκολπωματίτιδας.

Μέθοδος: Μεταξύ 3.836 ασθενών με IBS και 67.827 ασθενών χωρίς IBS που διαγνώστηκαν από το 2000 έως το 2002, συγκρίναμε αναδρομικά τη συχνότητα ατόμων που θεραπεύτηκαν, σταμάτησαν την θεραπεία ή πέθαναν, που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία των εξωτερικών ασθενών, που ήταν κλινικά διαγνωσμένοι με εκκολπωματίτιδα, η οποία αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική θεραπεία, από το 2003 έως και τις 31 Δεκεμβρίου 2017. Σε ασθενείς με IBS, αναθεωρήσαμε τα αρχεία των αρχικών διαγνώσεων της πρωτοβάθμιας για περιπτώσεις εσφαλμένης διάγνωσης.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των 3.836 ασθενών με IBS και 67.827 ασθενών χωρίς IBS, τα αποτελέσματα ήταν (διάμεσος [διακάρτινο εύρος]) 12,4 (3,9 έως 15,0) έτη έναντι 10,2 (3,0 έως 15,0) έτη, αντίστοιχα ($P < .001$). Το ποσοστό επίπτωσης / 1000 έτη ασθενών (95% CI) διαγνωσμένης εκκολπωματίτιδας ήταν 14,0 (12,1 έως 16,3) και 4,2 (4,0 έως 4,5), αντίστοιχα, (λόγος ακαθάριστου ποσοστού εμφάνισης, 3,3 [2,8–3,9], $P < .001$). Από τα εξεταζόμενα χαρακτηριστικά, η διάγνωση του IBS συσχετίστηκε περισσότερο με κλινικά διαγνωσμένη εκκολπωματίτιδα (προσαρμοσμένος λόγος συχνότητας εμφάνισης [95% CI], 2,64 [2,21–3,15], $P < 0,001$). Από τις αρχικές διαγνώσεις της εκκολπωματίτιδας σε 189 ασθενείς με IBS, παρατηρήθηκε αντικειμενική αναθεώρηση ή αποκλεισμός βάσει αντικειμενικών αποδείξεων σε 12 (6,3%), συμπεριλαμβανομένων 6 νοσηλευόμενων, 29 ασθενείς (15,3%) είχαν απεικονίσεις παχέος εντέρου πριν και / ή μετά, χωρίς να αναφερθεί εκκόλπωση, 143 ασθενείς (75,1%) είχαν τεκμηριωμένα εκτοπισμένη εικόνα και 6 (3,2%) δεν είχαν απεικόνιση.

Συμπεράσματα: Η εκκολπωματίτιδα εξωτερικών ασθενών, οι οποίοι διαγνώστηκαν κλινικά και έλαβαν αντιβιοτική θεραπεία για την αντιμετώπισή της, ήταν τριπλάσια σε περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι έπασχαν και από IBS. Στον 1 στους 5 ασθενείς, η αρχική κλινική διάγνωση ήταν εσφαλμένη, ενώ προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση των εσφαλμένων διαγνώσεων λόγω της απόδοσης των προκαλούμενων από το IBS πόνων σε εκκολπωματίτιδα.

Int J Clin Exp Med 2019;12(6):7356-7364

Original Article

The relationships between hydrogen gas and methane gas and the symptoms of irritable bowel syndrome as determined by a breath test

Huang, Y., Jia, L. Liu, Y.

Abstract:

Objective: To explore the relationship between the breath levels of hydrogen and methane and the symptoms of irritable bowel syndrome (IBS).

Methods: Data from 76 IBS patients (40 males and 36 females) aged 30-53 years were analyzed retrospectively. Thirty healthy subjects who underwent a lactose breath test (LBT) during the corresponding period were selected as the control group. The LBT results of both groups were statistically compared, and the correlation between the positive results and the clinical characteristics and symptom scores was analyzed.

Results: The total positive rate of the LBT, and the volumes of hydrogen, methane, and total gas were significantly higher in the IBS group than they were in the healthy group (all $P < 0.05$). Furthermore, the volumes of the individual gases and the total gas volume were higher in the LBT-positive compared to the LBT-negative patients (all $P < 0.05$). IBS patients with constipation had a higher proportion of methane-positive patients than hydrogen-positive or hydrogen + methane positive patients (both $P < 0.05$). In contrast, the diarrhea type IBS patients had significantly more hydrogen-positive patients than hydrogen + methane positive patients ($P < 0.05$). The scores of constipation, abdominal distension and flatulence in LBT-positive IBS patients were higher than the scores of the LBT-negative patients (all $P < 0.05$). The constipation and abdominal distension scores of the hydrogen-positive patients were higher than those of the hydrogen-negative patients (both $P < 0.05$), and the constipation score of methane-positive patients was higher than the score of the methane-negative patients ($P < 0.05$). A Pearson correlation analysis showed that the total gas volume in the IBS patients was positively correlated with constipation ($r = 0.425$, $P = 0.011$), abdominal distension ($r = 0.412$, $P = 0.013$) and flatulence ($r = 0.389$, $P = 0.021$), and their hydrogen volume correlated with abdominal distension ($r = 0.325$, $P = 0.026$) and distension ($r = 0.367$, $P = 0.024$), and their methane volume was positively correlated with constipation symptoms ($r = 0.458$, $P = 0.009$).

Conclusion: The LBT-positive rate in IBS patients is higher than it is among healthy individuals. IBS patients with diarrhea or constipation differed significantly in terms of the hydrogen-positive rate and methane-positive rate, indicating that the amount of hydrogen and

methane produced during a LBT are correlated to the severity of specific symptoms. Therefore, the LBT has a diagnostic value in IBS and can be considered for its clinical diagnosis.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η συσχέτιση μεταξύ αερίου υδρογόνου και αερίου μεθανίου και τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, όπως καθορίζονται από τεστ αναπνοής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των επιπέδων αναπνοής σε υδρογόνο και σε μεθάνιο και των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS).

Μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά δεδομένα από 76 ασθενείς με IBS (40 άνδρες και 36 γυναίκες) ηλικίας 30-53 ετών. Τριάντα υγιή άτομα που υποβλήθηκαν σε δοκιμή αναπνοής λακτόζης (LBT) κατά την αντίστοιχη περίοδο επιλέχθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα LBT και των δύο ομάδων συγκρίθηκαν στατιστικά και αναλύθηκε η συσχέτιση μεταξύ των θετικών αποτελεσμάτων και των κλινικών χαρακτηριστικών και των συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Ο συνολικός θετικός ρυθμός του LBT και οι όγκοι υδρογόνου, μεθανίου και συνολικών αερίων ήταν σημαντικά υψηλότεροι στην ομάδα IBS από ότι ήταν στην υγιή ομάδα (όλες οι $P < 0,05$). Επιπλέον, οι όγκοι των μεμονωμένων αερίων και ο συνολικός όγκος αερίων ήταν υψηλότεροι στους θετικούς στο LBT συγκριτικά με τους αρνητικούς στο LBT ασθενείς (όλοι οι $P < 0,05$). Οι ασθενείς με IBS με συμπτώματα δυσκοιλιότητας εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό θετικών σε μεθάνιο ασθενών από ότι θετικούς σε υδρογόνο ή θετικούς σε υδρογόνο και θετικούς σε μεθάνιο ασθενείς (και οι δύο $P < 0,05$). Αντιθέτως, οι ασθενείς με IBS με συμπτώματα διάρροιας επέδειξαν σημαντικά περισσότερους θετικούς σε υδρογόνο ασθενείς από ότι θετικούς σε υδρογόνο και μεθάνιο ασθενείς ($P < 0,05$). Οι βαθμολογίες της δυσκοιλιότητας, της κοιλιακής διάστασης και του μετεωρισμού σε θετικούς σε LBT ασθενείς με IBS ήταν υψηλότερες από τις βαθμολογίες των αρνητικών σε LBT ασθενών (όλοι $P < 0,05$). Η βαθμολογία της δυσκοιλιότητας και της κοιλιακής απόστασης των θετικών σε υδρογόνο ασθενών ήταν υψηλότερη από εκείνη των αρνητικών σε υδρογόνο ασθενών (και οι δύο $P < 0,05$) και η βαθμολογία δυσκοιλιότητας των θετικών σε μεθάνιο ασθενών ήταν υψηλότερη από τη βαθμολογία των αρνητικών σε μεθάνιο ασθενών ($P < 0,05$). Μια ανάλυση συσχέτισης Pearson έδειξε ότι ο συνολικός όγκος αερίου στους ασθενείς IBS συσχετίστηκε θετικά με δυσκοιλιότητα ($r = 0,425$, $P = 0,011$), κοιλιακή διάσταση ($r = 0,412$, $P = 0,013$) και μετεωρισμός ($r = 0,389$, $P = 0,021$), και ο όγκος υδρογόνου τους συσχετίστηκε με κοιλιακή

διάσταση ($r = 0,325$, $P = 0,026$) και διάσταση ($r = 0,367$, $P = 0,024$), και ο όγκος του μεθανίου τους συσχετίστηκε θετικά με συμπτώματα δυσκοιλιότητας ($r = 0,458$, $P = 0,009$).

Συμπέρασμα: Το θετικό στο LBT ποσοστό σε ασθενείς με IBS είναι υψηλότερο από ό, τι μεταξύ των υγιών ατόμων. Οι ασθενείς με IBS με διάρροια ή δυσκοιλιότητα διέφεραν σημαντικά ως προς τον ρυθμό συγκέντρωσης κατά την εισπνοή θετικού σε υδρογόνο και θετικού σε μεθάνιο, υποδεικνύοντας ότι η ποσότητα υδρογόνου και μεθανίου που παράγεται κατά τη διάρκεια ενός LBT συσχετίζεται με τη σοβαρότητα συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Επομένως, το LBT έχει διαγνωστική αξία στο IBS και μπορεί να ληφθεί υπόψη για την κλινική του διάγνωση.

22^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

THE JOURNAL OF NUCLEAR MEDICINE, 2015. 56 (9): 1395-1401

Gastrointestinal Motility, Part 2: Small-Bowel and Colon Transit

Maurer, A.

ABSTRACT

Because of the difficulty often encountered in deciding whether a patient's symptoms originate in the upper or lower gastrointestinal tract, gastrointestinal transit scintigraphy is a uniquely suited noninvasive, quantitative, and physiologic method of determining whether there is a motility disorder affecting the stomach, small bowel, or colon. Small-bowel and colon transit studies can be performed alone or together with gastric emptying studies after oral administration of an appropriately radiolabeled meal. It is hoped that newly published standards for performing these studies and the anticipated arrival of new Current Procedural Terminology codes in the United States for small-bowel and colon transit studies will increase their availability and use.

Conclusion. Because of the difficulty often encountered in deciding whether a patient's symptoms originate in the upper or lower gastrointestinal tract, gastrointestinal transit scintigraphy is a uniquely suited noninvasive, quantitative, and physiologic method of determining whether there is a motility disorder affecting the stomach, small bowel, or colon. Small-bowel and colon transit studies can be performed alone or together with gastric emptying studies after oral administration of an appropriately radiolabeled meal. It is hoped that newly published standards for performing these studies and the anticipated arrival of new

Current Procedural Terminology codes in the United States for small-bowel and colon transit studies will increase their availability and use.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Γαστρεντερική κινητικότητα, Μέρος 2: Διαμετακόμιση μικρού εντέρου και παχέος εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λόγω της δυσκολίας που συναντάται συχνά στην απόφαση για το κατά πόσον τα συμπτώματα ενός ασθενούς προέρχονται από την άνω ή κάτω γαστρεντερική οδό, η σπινθηρογραφία γαστρεντερικής διέλευσης είναι μια μοναδικά κατάλληλη, μη επεμβατική, ποσοτική και φυσιολογική μέθοδος για τον προσδιορισμό του εάν υπάρχει διαταραχή κινητικότητας που επηρεάζει το στομάχι, το λεπτό έντερο, ή κόλον. Μελέτες διέλευσης μικρού εντέρου και παχέος εντέρου μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνες ή μαζί με μελέτες γαστρικής εκκένωσης μετά από χορήγηση από το στόμα ενός κατάλληλου ραδιοσημασμένου γεύματος. Ελπίζεται ότι τα πρόσφατα δημοσιευμένα πρότυπα για την εκτέλεση αυτών των μελετών και η αναμενόμενη άφιξη νέων κωδικών Τρέχουσας Διαδικαστικής Ορολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες για μελέτες διέλευσης μικρού και παχέος εντέρου θα αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και τη χρήση τους.

Συμπεράσματα. Λόγω της δυσκολίας που συναντάται συχνά στην απόφαση για το κατά πόσον τα συμπτώματα ενός ασθενούς προέρχονται από την άνω ή κάτω γαστρεντερική οδό, η σπινθηρογραφία γαστρεντερικής διέλευσης είναι μια μοναδικά κατάλληλη μη επεμβατική, ποσοτική και φυσιολογική μέθοδος για τον προσδιορισμό του εάν υπάρχει διαταραχή κινητικότητας που επηρεάζει το στομάχι, το λεπτό έντερο, Μελέτες διέλευσης μικρού εντέρου και παχέος εντέρου μπορούν να διεξαχθούν μόνες ή μαζί με μελέτες γαστρικής εκκένωσης μετά από χορήγηση από το στόμα ενός κατάλληλου ραδιοσημασμένου γεύματος. Ελπίζεται ότι τα πρόσφατα δημοσιευμένα πρότυπα για την εκτέλεση αυτών των μελετών και η αναμενόμενη άφιξη νέων κωδικών Τρέχουσας Διαδικαστικής Ορολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες για μελέτες διέλευσης μικρών εντέρων και παχέος εντέρου θα αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και τη χρήση τους.

3.5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 3^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Η εσφαλμένη διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου αντιστοιχεί σε αρκετά σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων, ενώ μπορεί να αφορά τόσο την εσφαλμένη θετική όσο και την εσφαλμένη αρνητική διάγνωση, με αποτέλεσμα την υποβολή του ασθενούς σε θεραπευτικές διεργασίες, οι οποίες, εκτός του ότι δεν είναι αποτελεσματικές, είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε περαιτέρω προβλήματα υγείας.

Σύμφωνα με τους Holtman et al., (2016), τα θετικά αποτελέσματα του ελέγχου για ύπαρξη κοπρωτεκτικής κοπράνων (FCal) σε παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν χρόνια γαστρεντερικά συμπτώματα δεν αποτελεί επαρκή ένδειξη ύπαρξης συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ωστόσο, τονίζεται ότι αντίθετο (δηλαδή αρνητικό) αποτέλεσμα συνεπάγεται απόλυτα ότι όποια γαστρεντερικά συμπτώματα δεν οφείλονται στην ύπαρξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και, επομένως, θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω, ώστε να επιτευχθεί μια ορθή διάγνωση του πραγματικού προβλήματος υγείας.

Αυξημένο ποσοστό εσφαλμένων διαγνώσεων (περίπου κατά 20%) παρατηρείται στις περιπτώσεις που εκτός από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ο ασθενής πάσχει και από εκκολωματίτιδα. Αντιθέτως, η εφαρμογή τεστ συγκέντρωσης LBT, φαίνεται να έχει υψηλή διαγνωστική αξία για τον εντοπισμό και τη διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, οπότε και προτείνεται η χρήση του.

3.6. 4^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Πρόληψη

23^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2017; 21: 5751-5764

Prevalence of severe irritable bowel syndrome among Italian adults. A meta-analysis

Manzoli, L., Flacco, M.E., Marzuillo, C., Lopetuso, L.

Abstract.

OBJECTIVE: To provide a summary estimate of the prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) and IBS with severe symptomatology, stratified by gender and subtype, among Italian adults.

MATERIALS AND METHODS: We searched MedLine and Scopus databases to identify surveys on IBS prevalence among Italian samples, and/or severe IBS prevalence among Caucasian populations, up to June 2017. Random-effect proportion meta-analyses were used to obtain summary estimates of IBS prevalence. Raw numbers of adults with IBS or severe IBS were computed multiplying pooled prevalence estimates by the current Italian adult population. For both IBS and severe IBS, several estimates were provided according to different scenarios, using the pooled estimates from meta-analyses, their highest and lowest 95% confidence intervals (CI), and the lowest prevalence among all individual studies.

RESULTS: The pooled prevalence of IBS among Italian adults, resulting from a meta-analysis of 5 studies including 40,654 subjects, was 7.7% (95% CI: 6.0%-9.7%). The lowest published estimate was 5.4%. The overall number of Italian adults with IBS may thus range between a minimum of 2,736,700 (1,797,800 females; 65.7%) and 4,915,800. From a meta-analysis of 17 studies including 16,873 subjects, the pooled proportion of severe IBS was 23.5% (95% CI: 18.7%-28.7%), with a lowest published estimate of 8.4%. The overall number of Italian adults with severe IBS may thus range between 229,900 (86,600 with constipation-predominant subtype; 70,600 diarrhea-predominant; 72,600 mixed/alternating) and 1,410,800. In a standard, still conservative scenario, based upon the lowest 95% CIs from meta-analyses, the Italians with severe IBS would be 511,800.

CONCLUSIONS: Using an extremely conservative, lowest plausible estimate, no less than 230,000 Italian adults are suffering from severe IBS, requiring appropriate treatment and recognition by healthcare providers. A standardized instrument to measure IBS severity is urgently required to support diagnostic and therapeutic processes, and improve the precision of epidemiological estimates.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επιπολασμός σοβαρού συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου στους Ιταλούς ενήλικες. Μια μετα-ανάλυση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η επίτευξη μιας συνοπτικής εκτίμησης του επιπολασμού του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) και του IBS με σοβαρή συμπτωματολογία, στρωματοποιημένη ανά φύλο και υπότυπο, μεταξύ Ιταλών ενηλίκων.

Υλικό και Μέθοδος: Ψάξαμε τις βάσεις δεδομένων MedLine και Scopus για να εντοπίσουμε έρευνες σχετικά με τον επιπολασμό IBS μεταξύ ιταλικών δειγμάτων και / ή σοβαρό επιπολασμό IBS μεταξύ του Καυκάσιου πληθυσμού, έως τον Ιούνιο του 2017. Χρησιμοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις αναλογίας τυχαίου αποτελέσματος για τη λήψη συνοπτικών εκτιμήσεων του επιπολασμού IBS. Ο ακατέργαστος αριθμός ενηλίκων με IBS ή σοβαρό IBS υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας τις συγκεντρωτικές εκτιμήσεις επιπολασμού από τον τρέχοντα ιταλικό πληθυσμό ενηλίκων. Τόσο για το IBS όσο και για το σοβαρό IBS, δόθηκαν αρκετές εκτιμήσεις σύμφωνα με διαφορετικά σενάρια, χρησιμοποιώντας τις συγκεντρωτικές εκτιμήσεις από μετα-αναλύσεις, τα υψηλότερα και χαμηλότερα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI) και τον χαμηλότερο επιπολασμό μεταξύ όλων των μεμονωμένων μελετών.

Αποτελέσματα: Ο συγκεντρωτικός επιπολασμός του IBS μεταξύ των Ιταλών ενηλίκων, που προέκυψε από μια μετα-ανάλυση 5 μελετών, συμπεριλαμβανομένων 40.654 ατόμων, ήταν 7,7% (95% CI: 6,0% -9,7%). Η χαμηλότερη δημοσιευμένη εκτίμηση ήταν 5,4%. Ο συνολικός αριθμός των Ιταλών ενηλίκων με IBS μπορεί επομένως να κυμαίνεται μεταξύ τουλάχιστον 2.736.700 (1.797.800 γυναίκες, 65,7%) και 4.915.800. Από μια μετα-ανάλυση 17 μελετών, συμπεριλαμβανομένων 16.873 ατόμων, το συγκεντρωτικό ποσοστό σοβαρού IBS ήταν 23,5% (95% CI: 18,7% -28,7%), με τη χαμηλότερη δημοσιευμένη εκτίμηση 8,4%. Ο συνολικός αριθμός των Ιταλών ενηλίκων με σοβαρό IBS μπορεί επομένως να κυμαίνεται μεταξύ 229.900 (86.600 με επικρατούσα στη δυσκοιλιότητα υποτύπο, 70.600 επικρατούσα στη διάρροια, 72.600 μικτά / εναλλασσόμενα) και 1.410.800. Σε ένα τυπικό, ακόμη συντηρητικό σενάριο, με βάση τα χαμηλότερα 95% CI από μετα-αναλύσεις, οι Ιταλοί με σοβαρό IBS θα ήταν 511.800.

Συμπεράσματα: Χρησιμοποιώντας μια εξαιρετικά συντηρητική, εύλογη εκτίμηση, τουλάχιστον 230.000 ενήλικες Ιταλοί πάσχουν από σοβαρό IBS, απαιτώντας κατάλληλη θεραπεία και αναγνώριση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Απαιτείται επείγοντως ένα τυποποιημένο όργανο για τη μέτρηση της σοβαρότητας του IBS για την υποστήριξη διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών και τη βελτίωση της ακρίβειας των επιδημιολογικών εκτιμήσεων.

24^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Research and Reviews: Journal of Clinical and Medical Case Studies. 2017. 2(4): 14-18
Prevalence of Irritable Bowel Syndrome among Medical Students and Interns in Jeddah, Saudi Arabia
Hasosah, M., Alamri, A., Al-Husayni, F., Aljedaani, R., Zwawwy, M., Al-Zahrani, A.

ABSTRACT

Objective: Irritable bowel syndrome (IBS) is a common gastrointestinal disease presenting with abdominal pain, discomfort and bloating, along with change in bowel habits. This study aimed to determine the prevalence of IBS and its associated risk factors among the medical students and interns of King Saud bin Abdulaziz University (KSAU-HS), Jeddah, Saudi Arabia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was carried out among the 179 medical students of the university through a face-to-face following the validated self-designed questionnaire which constitute items to describe their demographic profile, diagnose IBS using Rome IV criteria and Kessler 6 criteria of psychological distress assessment.

Results: The IBS prevalence was 15.64% with males having more diagnosed cases 13% than that of the females. However, there was no statistically significant difference on the prevalence of IBS between the male and female population with a p value >0.05. High level of stress, family history of IBS, and lack of exercise were found to be significantly associated with IBS with a p-value of 0.00, 0.045 and 0.0229, respectively (p<0.05). Hence, these may be considered as risk factors for IBS.

Conclusion: IBS is a significant health problem among medical students. Stress, family history of IBS, and lack of exercise predispose the participants to develop IBS. Large-scale study among all medical schools in Saudi Arabia may be done to assess the magnitude and impact of being a medical student to the development of IBS.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επιπολασμός του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μεταξύ φοιτητών ιατρικής και ασκούμενων στην Τζέντα της Σαουδικής Αραβίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια κοινή γαστρεντερική νόσος που παρουσιάζει κοιλιακό άλγος, δυσφορία και φούσκωμα, καθώς και αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου. Αυτή η μελέτη αποσκοπούσε στον προσδιορισμό του επιπολασμού του IBS και των σχετικών παραγόντων κινδύνου μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και των ασκούμενων στο Πανεπιστήμιο King Saud bin Abdulaziz (KSAU-HS), Τζέντα, Σαουδική Αραβία.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική συγκριτική μελέτη μεταξύ των 179 φοιτητών ιατρικής του πανεπιστημίου μέσω πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξης, ακολουθώντας το επικυρωμένο αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει στοιχεία για την περιγραφή του δημογραφικού τους προφίλ, τη διάγνωση του IBS χρησιμοποιώντας κριτήρια Rome IV και τα κριτήρια του Kessler 6 για την αξιολόγηση της ψυχολογικής δυσφορίας.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός του IBS ήταν 15,64% με τον αντρικό πληθυσμό να παρουσιάζει περισσότερες διαγνωσμένες περιπτώσεις κατά 13% από αυτές των γυναικών. Ωστόσο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στον επιπολασμό του IBS μεταξύ του πληθυσμού ανδρών και γυναικών με τιμή $p > 0,05$. Το υψηλό επίπεδο άγχους, το οικογενειακό ιστορικό του IBS και η έλλειψη άσκησης βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με το IBS με τιμή p 0,00, 0,045 και 0,0229, αντίστοιχα ($p < 0,05$). Ως εκ τούτου, αυτά μπορεί να θεωρηθούν ως παράγοντες κινδύνου για το IBS.

Συμπέρασμα: Το IBS είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στους φοιτητές ιατρικής. Το άγχος, το οικογενειακό ιστορικό του IBS και η έλλειψη άσκησης προδιαθέτουν την ανάπτυξη IBS. Μελέτη μεγάλης κλίμακας μεταξύ όλων των σχολών ιατρικής στη Σαουδική Αραβία μπορεί να γίνει για να εκτιμηθεί το μέγεθος και ο αντίκτυπος του να είσαι φοιτητής ιατρικής στην ανάπτυξη του IBS.

3.6.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 4^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια αρκετά διαδεδομένη πάθηση, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και στις ακαδημαϊκές τάξεις, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες με τα οποία βρίσκονται αντιμέτωπες οι εν λόγω πληθυσμιακές ομάδες. Το γεγονός αυτό καθιστά σημαντική ανάγκη την έγκαιρη διάγνωση και την ενημέρωση των πολιτών, ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη πρόληψη της εμφάνισης της πάθησης.

Μελέτη των Manzoli et all. (2017) στην Ιταλία κατέδειξε ότι, σύμφωνα με συντηρητική εκτίμηση, τουλάχιστον 230.000 Ιταλοί ενήλικες πάσχουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σοβαρής έντασης, το οποίο απαιτεί την χορήγηση κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

Έρευνα των Hasosah et all., (2017) στην Σαουδική Αραβία με πληθυσμό της έρευνας 179 φοιτητές της ιατρικής, κατέδειξε ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στο εν λόγω δείγμα. Το άγχος, το οικογενειακό ιστορικό του συνδρόμου και η έλλειψη άσκησης προδιαθέτουν την ανάπτυξή του.

3.7. 5^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Δίαιτα - Διατροφή

25^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE.2016, 83 (9)

Managing irritable bowel syndrome: The low-FODMAP diet

Dugum, M., Barco, K., Garg, S.

ABSTRACT

A diet low in fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols (FODMAPs) has been found to significantly reduce symptoms of irritable bowel syndrome (IBS). The diet is best implemented in two phases: initial strict elimination of foods high in FODMAPs, then gradual reintroduction based on symptoms. Further study of this diet's effect on intestinal microbiota is needed.

Conclusion. The low-FODMAP diet is accumulating quality evidence for its effectiveness in controlling the functional gastrointestinal symptoms in patients with IBS. It can be difficult to adhere to over the long term due to its restrictiveness, and it is important to gradually liberalize the diet while tailoring it to the individual patient and monitoring symptoms. Further clinical trials are needed to evaluate this diet in different IBS subtypes and other gastrointestinal disorders, while defining its nutritional adequacy and effects on the intestinal microbiota profile.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Διαχείριση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου: Η δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAP.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ζυμώσιμους ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (FODMAPs) έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS). Η δίαιτα εφαρμόζεται καλύτερα σε δύο φάσεις: αρχική αυστηρή εξάλειψη των τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε FODMAP, και στη συνέχεια σταδιακή επαναφορά με βάση τα συμπτώματα. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη της επίδρασης αυτής της διατροφής στα εντερικά μικροβιώματα.

Συμπέρασμα: Η δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε FODMAP συσσωρεύει ποιοτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητά της στον έλεγχο των λειτουργικών γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με IBS. Μπορεί να είναι δύσκολο να τηρηθεί μακροπρόθεσμα λόγω της περιοριστικότητάς της και είναι σημαντικό να απελευθερωθεί σταδιακά η δίαιτα ενώ προσαρμόζεται. Αυτό αφορά τον κάθε ασθενή και παρακολουθεί τα συμπτώματα. Απαιτούνται περαιτέρω κλινικές δοκιμές για την αξιολόγηση αυτής της διατροφής σε διαφορετικούς υποτύπους IBS και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές, προσδιορίζοντας ταυτόχρονα τη διατροφική επάρκεια και τις επιδράσεις του στο προφίλ των εντερικών μικροβίων.

26^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

Medicine & Science in Sports & Exercise. 2017.

Low FODMAP: A Preliminary Strategy to Reduce Gastrointestinal Distress in Athletes

Lis, D., Stellingwerff, T., Kitic, C., Fell, J., Ahuja, K.

Abstract

Introduction: Gastrointestinal (GI) distress in endurance athletes is prevalent and detrimental to performance. Adverse GI symptomatology can be analogous with irritable bowel syndrome, where fermentable oligosaccharide, disaccharide, monosaccharide and polyols (FODMAP) reduction has demonstrated efficacy. This study investigated the effects of low FODMAP (LFOD) diet on GI distress parameters in runners with a history of non-exercise associated GI symptoms.

Methods: Eleven recreationally competitive 6 females; 5km personal best 23:00±4:02 min:sec) participated in were allocated to a randomized 6-day LFOD or high FODMAP (by a 1-day wash-out in a controlled, single-blinded cross-over study. participants completed two strenuous running sessions consisting of 5x1000m threshold run. GI symptoms (during-exercise and daily) and the Daily Demand for Athletes (DALDA) questionnaires were completed. Area AUC) was calculated for daily GI symptoms across each dietary period conducted using multilevel mixed-effects linear regression for comparison diets.

Results: A significantly smaller AUC for daily GI symptoms.days-1 during the LFOD compared to HFOD (mean difference -13.4, 95% CI [-22, -4.60], P=0.003) was observed. The daily GI symptoms that were significantly lower during LFOD were flatulence (P<0.001), urge to defecate (P=0.04), loose stool (P=0.03) and diarrhea (P=0.004). No significant differences in during exercise symptoms or DALDA responses were observed between diets (p>0.05).

Conclusion: Preliminary findings suggest that short-term FODMAP reduction may be a beneficial intervention to minimize daily GI symptoms in runners with exercise-related GI distress.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Low FODMAP: Μια προκαταρκτική στρατηγική για τη μείωση του γαστρεντερικού στρες στους αθλητές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η δυσφορία του γαστρεντερικού (GI) στους αθλητές αντοχής είναι αποτρεπτική και επιζήμια για την απόδοση. Η ανεπιθύμητη συμπτωματολογία GI μπορεί να είναι ανάλογη με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, όπου η ζύμωση ολιγοσακχαρίτη, δισακχαρίτη, μονοσακχαρίτη και πολυόλων (FODMAP) έχει δείξει αποτελεσματικότητα. Αυτή η μελέτη διερεύνησε τις επιδράσεις της δίαιτας χαμηλού FODMAP (LFOD) στις παραμέτρους κινδύνου GI σε δρομείς με ιστορικό συμπτωμάτων που σχετίζονται με την έλλειψη άσκησης.

Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν έντεκα γυναίκες οι οποίες αθλούνται επαγγελματικά ως δρομείς των 5km (με προσωπικό χρόνο στα 5km 23:00±4:02 min:sec), οι οποίες ακολούθησαν τυχαιοποιημένο πρόγραμμα διατροφής 6 ημερών LFOD ή πρόγραμμα διατροφής 6 ημερών υψηλής περιεκτικότητας σε FODMAP (με 1 ημέρα αποτοξίνωσης), στα πλαίσια ελεγχόμενης, μονής – «τυφλής» συγκριτικής έρευνας. Οι συμμετέχοντες υλοποίησαν δύο επίπονες διαδρομές των 5x1000 m με τρέξιμο. Καταγράφηκαν τα συμπτώματα GI (κατά τη διάρκεια της άσκησης και καθημερινά) και συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια Daily Demand for Athletes (DALDA). Η περιοχή AUC υπολογίστηκε για τα καθημερινά συμπτώματα GI σε κάθε διατροφική περίοδο που ακολουθήθηκε, χρησιμοποιώντας γραμμική παλινδρόμηση πολλαπλών επιπέδων μικτής δράσης για δίαιτες σύγκρισης.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σημαντικά μικρότερη AUC για καθημερινά συμπτώματα GI./ημέρα-1 κατά τη διάρκεια του LFOD σε σύγκριση με το HFOD (μέση διαφορά -13,4, 95% CI [-22, -4,60], $P = 0,003$). Τα καθημερινά συμπτώματα GI που ήταν σημαντικά χαμηλότερα κατά τη διάρκεια του LFOD ήταν μετεωρισμός ($P < 0,001$), ώθηση για κενώσεις ($P = 0,04$), χαλαρά κόπρανα ($P = 0,03$) και διάρροια ($P = 0,004$). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων άσκησης ή των αντιδράσεων DALDA μεταξύ των διαιτών ($p > 0,05$).

Συμπέρασμα: Τα προκαταρκτικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η βραχυπρόθεσμη μείωση του FODMAP μπορεί να είναι μια ευεργετική παρέμβαση για την ελαχιστοποίηση των καθημερινών συμπτωμάτων της ΓΕ σε δρομείς με άγχος που σχετίζεται με την άσκηση.

27^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

GEORGIAN MEDICAL NEWS. 2017. 3 (264)

Impact of food enriched with dietary fiber on patients with constipation predominant irritable bowel syndrome.

Sulaberidze G., Okujava M., Liluashvili K., Tughushi M., Abramashvili M.

Abstract

Motility disorder of gastrointestinal tract and in particular Irritable Bowel Syndrome (IBS) is common and debilitating chronic disease with profound impact on the patient's quality of life and medical system costs. Current developments show that causes of IBS are multifold, leading to complexity of treatment and requirement of more precise investigation of different pharmacological and non-pharmacological approaches.

Conclusions: Research data revealed significantly lower daily intake of dietary fiber among patients with IBS-C compared with healthy group. The main source of dietary fiber in IBS-C group was bread and cereals, therefore introduction of dietary fiber rich bread and muesli in the breakfast didn't affect diet-related habits and determined high compliance of patients.

Two week long intervention significantly improved the bowel function and irritation related complains, the feeling of general wellbeing was considerably better on the endpoint as well.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επιπτώσεις των τροφίμων εμπλουτισμένων με διαιτητικές ίνες σε ασθενείς με επικρατών σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαταραχή κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα και ειδικότερα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι συχνή και εξουθενωτική χρόνια ασθένεια με βαθύ αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και στο κόστος του ιατρικού συστήματος. Οι τρέχουσες εξελίξεις δείχνουν ότι οι αιτίες του IBS είναι πολλαπλές, οδηγώντας σε πολυπλοκότητα της θεραπείας και απαίτηση ακριβέστερης διερεύνησης διαφορετικών φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων.

Συμπεράσματα: Τα ερευνητικά δεδομένα κατέστρεψαν σημαντικά χαμηλότερη ημερήσια πρόσληψη διαιτητικών ινών μεταξύ ασθενών με IBS-C σε σύγκριση με την υγιή ομάδα. Η κύρια πηγή διαιτητικών ινών στην ομάδα IBS-C ήταν το ψωμί και τα δημητριακά, επομένως η εισαγωγή ψωμιού πλούσιων σε φυτικές ίνες και μούσλι στο πρωινό Δεν επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες και καθορίζει την υψηλή συμμόρφωση των ασθενών.

Η παρέμβαση διάρκειας δύο εβδομάδων βελτίωσε σημαντικά τη λειτουργία του εντέρου και τα παράπονα που σχετίζονται με τον ερεθισμό.

3.7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 5^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την υγεία, ενώ μια πλούσια σε φυτικές ίνες διατροφή, μπορεί να βοηθήσει την φυσιολογική λειτουργία του παχέος εντέρου. Στις περιπτώσεις δε διαγνωσμένου συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, θα πρέπει να ακολουθείται δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ζυμώσιμους ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (FODMAPs), καθώς, με τον τρόπο αυτόν, επιτυγχάνεται ελάττωση της έντασης και της συχνότητας εμφάνισης των συμπτωμάτων του ευερέθιστου εντέρου

3.8. 6^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: Φροντίδα Ασθενούς

28^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

CMAJ, 2020.192 (11)

An approach to the care of patients with irritable bowel syndrome

Farmer, A., Wood, E., Ruffle, J.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is a disorder of gut–brain interaction (previously referred to as a functional gastrointestinal disorder), characterized by abdominal pain associated with a change in frequency or form of bowel habit. Irritable bowel syndrome accounts for more than 40% of new referrals to gastroenterology outpatient clinics, although the disease is mostly managed by primary care practitioners.^{1–3} We summarize the epidemiology, pathophysiology, differential diagnosis and management of IBS, drawing on best available evidence (Box 1) to guide family physicians and nonspecialists in management of this condition.

Conclusion. Irritable bowel syndrome is a prevalent and multifactorial disorder whose pathophysiology remains incompletely understood. Diagnosis relies on the identification of chronic typical symptoms characterized by abdominal pain, bloating and change in frequency or form of bowel habit. Although IBS is conventionally subclassified according to predominant bowel habit, the syndrome likely encompasses a number of distinct pathophysiologies that result in similar clinical phenotypes. While several management options exist, further work is needed to individualize therapy, which may result in improved outcomes.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Μια προσέγγιση στη φροντίδα ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια διαταραχή της αλληλεπίδρασης του εντέρου-εγκεφάλου (που παλαιότερα αναφερόταν ως λειτουργική γαστρεντερική διαταραχή), που χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος που σχετίζεται με αλλαγή συχνότητας ή μορφή συνήθειας του εντέρου. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 40% των νέων παραπομπών σε κλινικές εξωτερικών ασθενών γαστρεντερολογίας, αν και η ασθένεια αντιμετωπίζεται ως επί το πλείστον από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, για την καθοδήγηση οικογενειακών ιατρών και μη ειδικών στη διαχείριση αυτής της κατάστασης.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια διαδεδομένη και πολυπαραγοντική διαταραχή της οποίας η παθοφυσιολογία παραμένει ανεπαρκώς κατανοητή. Η διάγνωση βασίζεται στην αναγνώριση χρόνιων τυπικών συμπτωμάτων που χαρακτηρίζονται από κοιλιακό άλγος, φούσκωμα και αλλαγή στη συχνότητα ή τη μορφή της συνήθειας του εντέρου. , το σύνδρομο πιθανότατα περιλάμβανε έναν αριθμό διαφορετικών παθοφυσιολογιών που οδηγούν σε παρόμοιους κλινικούς φαινοτύπους. Ενώ υπάρχουν αρκετές επιλογές διαχείρισης, απαιτείται περαιτέρω εργασία για την εξατομίκευση της θεραπείας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα.

29^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

International Journal of Nursing and Health Care Research. 2018. 1 (3)

Improving Care for One in Five Women: Evaluating and Managing Dyspareunia.

Scemons, D., Egan, T.

Abstract

Although one in five women will suffer from dyspareunia during her lifetime, only 15% of providers inquire about it. Unless the healthcare provider asks direct questions about this symptom most women will not discuss it. The following article examines several differential diagnoses and suggests interventions for dyspareunia, which can often be provided in the primary care setting. Etiologies of dyspareunia are both pathophysiological and psychosocial with both medications and nonpharmacological interventions potential treatment options. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and sexual education are psychological management choices with positive outcomes. Nurse Practitioners (NPs) have the necessary skills and knowledge to focus on improving the health of female patients by facilitating a discussion of dyspareunia at each well woman encounter.

During their lifetime at least 1 in 5 women or 20% are affected by dyspareunia. Yet only 15% of healthcare providers investigate whether female patients experience painful intercourse. Etiologies are heterogeneous, from psychosocial issues such as anxiety which may reduce vaginal lubrication and triggering muscle spasms, to pathophysiological such as atopic skin changes, dysfunction of abdominal organs, and physiological changes related to pregnancy and menopause. Encouraging each woman to discuss dyspareunia during the well woman encounter provides patients reassurance that dyspareunia is a commonplace and reasonable subject of medical concern. Treatments are available, but should only be offered once communication is established between the patient and the provider.

Conclusion

Dyspareunia is a significant cause of both physical and psychosocial distress, affecting 20-33% of women during their lifetime. The condition is underreported because women are hesitant to raise the topic during routine visits. Practitioners may be unaware that a significant proportion of their patients suffer from dyspareunia, and they may be uninformed as to the differential diagnoses and treatment options available. NPs and physicians should ask women about sexual dysfunction including dyspareunia at every well woman visit. With such inquiry, the NP legitimizes dyspareunia as a medical problem. Dyspareunia can only be successfully evaluated and treated with the consent and active participation of the woman, who is more likely to be comfortable discussing the problem if encouraged by the practitioner in a routine

and sensitive manner. Dyspareunia may be a result of normal changes in the body, of pathophysiology, of psychiatric origin, or a result of iatrogenic causes ranging from medication to sequelae of surgery and radiation. The pain can be an impediment to activities of daily living, including the wearing of clothing. Interference with physical intimacy creates a barrier between some women and their partners. The inability to engage in sexual intercourse diminishes some sufferer's sense of femininity and feelings of self-worth and social value. While the etiology of dyspareunia is variable, it can be managed medically and with cognitive behavioral therapy. NPs have an obligation to assist the substantial proportion of women suffering from dyspareunia. Dyspareunia is most successfully assessed by acknowledging the reality of the pain, establishing a relationship of trust, and involving the woman in her own care. Once this partnership has been established, the NP can arrive at a correct diagnosis and collaborate with the woman to choose the best treatment options for her individual situation.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Βελτίωση της φροντίδας για μία στις πέντε γυναίκες: Αξιολόγηση και διαχείριση της δυσπαρευνίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρόλο που μία στις πέντε γυναίκες θα υποφέρει από δυσπαρευνία κατά τη διάρκεια της ζωής της, μόνο το 15% των επαγγελματιών υγείας ρωτούν γι 'αυτό. Εκτός εάν ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης υποβάλλει απευθείας ερωτήσεις σχετικά με αυτό το σύμπτωμα οι περισσότερες γυναίκες δεν θα το συζητήσουν. Το ακόλουθο άρθρο εξετάζει διάφορες διαφορικές διαγνώσεις και προτείνει παρεμβάσεις για δυσπαρευνία, οι οποίες συχνά μπορούν να παρέχονται στο περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι αιτιολογίες της δυσπαρευνίας είναι τόσο παθοφυσιολογικές, όσο και ψυχοκοινωνικές με αμφότερα τα φάρμακα και τις μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις να αποτελούν πιθανές θεραπευτικές επιλογές. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και η σεξουαλική εκπαίδευση είναι ψυχολογικές επιλογές διαχείρισης με θετικά αποτελέσματα. Οι Νοσηλευτές (NPs) έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις για να επικεντρωθούν στη βελτίωση της υγείας των γυναικών ασθενών διευκολύνοντας μια συζήτηση σχετικά με τη δυσπαρευνία, σε κάθε συνάντηση με τις γυναίκες ασθενείς.

Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τουλάχιστον 1 στις 5 γυναίκες ή 20% επηρεάζονται από δυσπαρευνία. Ωστόσο, μόνο το 15% των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης διερευνούν εάν οι γυναίκες ασθενείς βιώνουν επώδυνη επαφή. Οι αιτιολογίες είναι ετερογενείς, από ψυχοκοινωνικά ζητήματα όπως το άγχος που μπορεί να μειώσει την κολπική λίπανση και να

προκαλέσει μυϊκούς σπασμούς, σε παθοφυσιολογικές όπως αλλαγές ατοπικού δέρματος, δυσλειτουργία κοιλιακών οργάνων και φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και την εμμηνόπαυση. Η ενθάρρυνση κάθε γυναίκας να συζητήσει τη δυσπαρευνία κατά τη διάρκεια της συνάντησης της γυναίκας παρέχει στους ασθενείς τη διαβεβαίωση ότι η δυσπαρευνία είναι ένα συνηθισμένο και λογικό θέμα ιατρικής ανησυχίας. Οι θεραπείες είναι διαθέσιμες, αλλά θα πρέπει να προσφέρονται μόνο όταν πραγματοποιηθεί επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή.

συμπεράσματα

Η δυσπαρευνία είναι μια σημαντική αιτία τόσο σωματικής όσο και ψυχοκοινωνικής δυσφορίας, που επηρεάζει το 20-33% των γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η κατάσταση είναι ανεπαρκής επειδή οι γυναίκες διστάζουν να θέσουν το θέμα κατά τη διάρκεια των επισκέψεων ρουτίνας. Πάσχουν από δυσπαρευνία και μπορεί να μην ενημερώνονται σχετικά με τις διαφορικές διαγνώσεις και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Οι NP και οι γιατροί θα πρέπει να ρωτούν τις γυναίκες για τη σεξουαλική δυσλειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της δυσπαρευνίας σε κάθε επίσκεψη στις γυναίκες. Με μια τέτοια έρευνα, η NP νομιμοποιεί τη δυσπαρευνία ως ιατρικό πρόβλημα. Η δυσπαρευνία μπορεί να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί επιτυχώς μόνο με τη συγκατάθεση και την ενεργή συμμετοχή της γυναίκας, η οποία είναι πιο πιθανό να είναι άνετα να συζητήσει το πρόβλημα εάν ενθαρρυνθεί από τον ιατρό σε μια ρουτίνα και ευαίσθητος τρόπος. Η δυσπαρευνία μπορεί να είναι αποτέλεσμα φυσιολογικών αλλαγών στο σώμα, παθοφυσιολογίας, ψυχιατρικής προέλευσης ή αποτέλεσμα ιατρογενών αιτιών που κυμαίνονται από φάρμακα έως επακόλουθες χειρουργικές επεμβάσεις και ακτινοβολία. Ο πόνος μπορεί να είναι εμπόδιο στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένης της φθοράς. Η παρέμβαση στη σωματική οικειότητα δημιουργεί ένα εμπόδιο μεταξύ ορισμένων γυναικών και των συντρόφων τους. Η αδυναμία συμμετοχής σε σεξουαλική επαφή μειώνει την αίσθηση της θηλυκότητας κάποιου πάσχοντος και τα συναισθήματα αυτοτιμής και κοινωνικής αξίας. Ενώ η αιτιολογία της δυσπαρευνίας είναι μεταβλητή, μπορεί να αντιμετωπιστεί ιατρικά και με γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Τα NP έχουν υποχρέωση να βοηθήσουν το σημαντικό ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από δυσπαρευνία. Έχοντας εμπιστοσύνη και εμπλέκοντας τη γυναίκα στη φροντίδα της. Μόλις δημιουργηθεί αυτή η συνεργασία, το NP μπορεί να φτάσει σε μια σωστή διάγνωση και να συνεργαστεί με τη γυναίκα για να επιλέξει τις καλύτερες θεραπευτικές επιλογές για την ατομική της κατάσταση.

30^η Ερευνητική Εργασία – Μελέτη

IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS). 2018. 4(1)

Health Promotion Behaviors and Quality of Life in Community-Dwelling Rural Elderly

Mohamed, A., Alam, R., Hamza, S., El-Gilany, A.

Abstract:

Health promotion behavior is one of the main principles for determining health that is known as the basic factor in determining several diseases. Observing such behaviors by the elderly prevents complaint of various diseases and has possible effect in promoting health and increasing the elderly quality of life.

Aim: was to describe health promotion behaviors and its relation to quality of life of community-dwelling rural elderly.

Method: A cross sectional descriptive study with analytical component.

Setting: The study was carried out in the houses of elderly persons who were living in two rural community settings (Al Baramon and Weesh El Hagar villages) affiliated to Mansoura District, Dakahlia Governorate, Egypt.

Tools: Data was collected by using three tools, structured interview schedule sheet, Health promotion questionnaire, and WHO Quality of life-brief (WHOQOL-BREF).

Results: The majority of the studied elderly follow more than one of health promotion behaviors. The majority of the studied elderly were physically inactive followed by poor sleep quality and periodic medical checkup. Quality of life varies between elderly who practice health promoting behaviors and who don't practice.

Conclusion & recommendation: there is a need for a health promotion program to enhance positive thinking towards health behaviors and quality of life in easily accessible forms for the older person.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συμπεριφορές Προώθησης Υγείας και Ποιότητα Ζωής των ηλικιωμένων αγροτών στην κοινότητα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συμπεριφορά προώθησης της υγείας είναι μία από τις βασικές αρχές για τον προσδιορισμό της υγείας που είναι γνωστός ως ο βασικός παράγοντας για τον προσδιορισμό πολλών ασθενειών. Η παρατήρηση τέτοιων συμπεριφορών από τους ηλικιωμένους αποτρέπει την καταγγελία διαφόρων ασθενειών και έχει πιθανή επίδραση στην προώθηση της υγείας και στην αύξηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Σκοπός: ήταν η περιγραφή των συμπεριφορών προώθησης της υγείας και τη σχέση της με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αγροτών που κατοικούν στην κοινότητα.

Μέθοδος: Περιγραφική συγκριτική μελέτη με αναλυτικό στοιχείο.

Περιβάλλον: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα σπίτια των ηλικιωμένων που ζούσαν σε δύο αγροτικές κοινότητες (χωριά Al Baramon και Weesh El Hagar) που συνδέονται με την επαρχία Mansoura, Κυβερνείο της Ντακάλια, Αίγυπτος.

Εργασία: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση τριών εργαλείων: δομημένου φύλλου προγράμματος συνέντευξης, ερωτηματολογίου προώθησης της υγείας και σύντομης ποιότητας του ΠΟΥ (WHOQOL-BREF).

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των μελετημένων ηλικιωμένων ακολουθούν περισσότερες από μία συμπεριφορές προώθησης της υγείας. Η πλειονότητα των μελετώμενων ηλικιωμένων ήταν σωματικά αδρανείς ακολουθούμενη από κακή ποιότητα ύπνου και περιοδικό ιατρικό έλεγχο. Η ποιότητα ζωής ποικίλλει μεταξύ ηλικιωμένων που ασκούν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και που δεν ασκούνται.

Συμπέρασμα και σύσταση: υπάρχει ανάγκη για ένα πρόγραμμα προώθησης της υγείας για την ενίσχυση της θετικής σκέψης για τις συμπεριφορές υγείας και την ποιότητα ζωής σε εύκολα προσβάσιμες μορφές για το ηλικιωμένο άτομο.

3.8.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 6^{ης} ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, καθώς αποτελεί μια διαταραχή του άξονα εγκεφάλου – εντέρου, σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό και με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, ο οποίος αναζητά την ενθάρρυνση και την φροντίδα, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το άγχος και τον φόβο που του προκαλεί ο πόνος με τον οποίο έρχεται αντιμέτωπος, αλλά και το ήδη υπάρχον στρες που συντελεί στην ανάπτυξη του συνδρόμου.

Σύμφωνα με τους Farmer et all., (2020), το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αντιστοιχεί σε περισσότερο από το 40% των περιστατικών που παραπέμπονται στις γαστρεντεντορολογικές κλινικές. Ωστόσο, τα περισσότερα περιστατικά του παρακολουθούνται από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά σημαντική την εκπαίδευσή τους όσον αφορά στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας του ασθενούς. Σημειώνεται, μάλιστα, όπως αναφέρεται από τους Mohamed et all., (2018), η συμπεριφορά προώθησης της υγείας είναι μία από τις βασικές αρχές για τον προσδιορισμό της υγείας που είναι γνωστός ως ο βασικός παράγοντας για τον προσδιορισμό πολλών ασθενειών.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τις μελετηθείσες έρευνες καταδεικνύεται ότι εντοπίζεται μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και άλλων νόσων και παθήσεων. Ιδιαίτερη συσχέτιση φαίνεται μάλιστα να υπάρχει μεταξύ του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και των επιπέδων άγχους και στρες που βιώνει ένας ασθενής.

Η επιληψία φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση του συνδρόμου, ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος άνοιας σε ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών, οι οποίοι πάσχουν από συμπτώματα συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Ακόμη, σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ των διαταραχών της ινομυαλγίας και των πονοκεφάλων με την ύπαρξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Η ύπαρξη, διαγνωσμένης εντερίτιδας, φαίνεται να τετραπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, ενώ σημαντική συσχέτιση καταδεικνύεται και μεταξύ της διάρροιας των ταξιδιωτών και του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μετά από λοίμωξη.

Εξαιρετικά σημαντική είναι και η συσχέτιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου με το ενδεχόμενο εμφάνισης διαταραχών ψυχολογικής ή ψυχιατρικής φύσεως. Το αυτοαναφερόμενο άγχος και η κατάθλιψη λειτουργούν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, διπλασιάζοντας μάλιστα τις πιθανότητες εκδήλωσής του.

Καθώς το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια πολύπλευρη κατάσταση, δεν έχει αναπτυχθεί έως σήμερα κάποια ολιστική θεραπεία για την πλήρη αντιμετώπισή του. Ωστόσο, οι νεώτερες εξελίξεις στον τομέα της φαρμακευτικής και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων, έχουν βελτιώσει τις δυνατότητες διαχείρισης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Παράλληλα, η εφαρμογή μεθόδων συνδυαστικής χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής αλκαλοειδών και προβιοτικών ή και παραδοσιακών μεθόδων αντιμετώπισης, φαίνεται να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα, τουλάχιστον στη μερική διαχείριση των συμπτωμάτων.

Η εσφαλμένη διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου αντιστοιχεί σε αρκετά σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων, ενώ μπορεί να αφορά τόσο την εσφαλμένη θετική όσο και την εσφαλμένη αρνητική διάγνωση, με αποτέλεσμα την υποβολή του ασθενούς σε θεραπευτικές διεργασίες, οι οποίες, εκτός του ότι δεν είναι αποτελεσματικές, είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε περαιτέρω προβλήματα υγείας.

Τα διαθέσιμα στοιχεία καταδεικνύουν ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί μια αρκετά διαδεδομένη πάθηση, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και στις ακαδημαϊκές τάξεις, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες με τα

οποία βρίσκονται αντιμέτωπες οι εν λόγω πληθυσμιακές ομάδες. Το γεγονός αυτό καθιστά σημαντική ανάγκη την έγκαιρη διάγνωση και την ενημέρωση των πολιτών, ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη πρόληψη της εμφάνισης της πάθησης.

Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την υγεία, ενώ μια πλούσια σε φυτικές ίνες διατροφή, μπορεί να βοηθήσει την φυσιολογική λειτουργία του παχέος εντέρου. Στις περιπτώσεις δε διαγνωσμένου συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου, θα πρέπει να ακολουθείται δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ζυμώσιμους ολιγοσακχαρίτες, δισακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και πολυόλες (FODMAPs), καθώς, με τον τρόπο αυτόν, επιτυγχάνεται ελάττωση της έντασης και της συχνότητας εμφάνισης των συμπτωμάτων του ευερέθιστου εντέρου

Σύμφωνα και με όσα προαναφέρονται, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, καθώς αποτελεί μια διαταραχή του άξονα εγκεφάλου – εντέρου, σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό και με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, ο οποίος αναζητά την ενθάρρυνση και την φροντίδα, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το άγχος και τον φόβο που του προκαλεί ο πόνος με τον οποίο έρχεται αντιμέτωπος, αλλά και το ήδη υπάρχον στρες που συντελεί στην ανάπτυξη του συνδρόμου.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Kelleni, MT., 2017. How the Brain-Gut Axis May Connect Several Cerebro-Intestinal Co-Morbidities: Irritable Bowel Syndrome and Epilepsy as Examples? *Japanese Journal of Surgery & Medicine*. 1 (102).
- Chen CH, Lin CL, Kao CH., 2016. Irritable Bowel Syndrome Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Nationwide Population-Based Study. *PloS one* 2016; 11: e0144589.
- Hsiao, C., Huang, W., Muo, C., Chen, W., Sung, F., Kao, C., 2014. Association between irritable bowel syndrome and colorectal cancer: a nationwide population-based study. *European Journal of Internal Medicine*. 25(1).
- Yeh, H., Chien, W., Chung, C., Hu, J., Tzeng, N., 2018. Risk of psychiatric disorders in irritable bowel syndrome-A nationwide, population-based, cohort study. *Int J Clin Pract*, 72(7).
- Sibelli A, Chalder T, Everitt H., Workman P., Windgassen S., Moss-Morris R., 2016. *Psychol Med*, 46(15).
- Klem, F., Wadhwa, A., Prokop, L., Sundt, W., Farrugia, G., Camilleri, M., Singh, S., Grover, M., 2017. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 152(5):1042-1054.
- Tølbøll Svendsen, A., Bytzer, P., Engsbø, A., 2019. Systematic review with meta-analyses: does the pathogen matter in post-infectious irritable bowel syndrome? *Scand J Gastroenterol.*, 54(5):546-562.
- Schwille-Kiuntke, J., Mazurak, N., Enck, P., 2015. Systematic review with meta-analysis: post-infectious irritable bowel syndrome after travellers' diarrhea. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015. 41(11):1029-37
- Yildirim, A.E., Korkmaz, M., Altun, R., Sandikçi, S.C., Ocal, S., Selçuk, H., 2016. Is there any association between irritable bowel syndrome subgroups and autonomous dysfunction? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 20: 1315-1322.
- Ding, W., Liu, Y., Fang, C., Liu, K., Wei, Y., Shan, H., 2017. The relationship between small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 21: 5191-5196.
- Yasir M. Khayyat, 2020. Functional somatic illnesses in patients with functional bowel disorders. A cross-sectional cohort study in western Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 41 (2): 203-206.

- Panas, R., Brewer A., Goldenson, R., Burnett, B., 2018. Belladonna Alkaloids and Phenobarbital Use in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review. *Clinical & Experimental Gastroenterology & Hepatology*. 1: 102.
- Ryu, J., 2018. Using Traditional Chinese Medicine for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Alternative, Complementary & Integrative Medicine*, 4: 056.
- R. Spagnuolo, C. Cosco, R.M. Mancina, G. Ruggiero, P. Garieri, V. Cosco, P. Doldo, 2017. Beta-glucan, inositol and digestive enzymes improve quality of life of patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 21 (2 Suppl): 102-107.
- G. Belcaro, G. Gizzi, L. Pellegrini, M. Corsi, M. Dugall, M. Cacchio, B. Feragalli, S. Togni, A. Riva, R. Eggenhoffner, L. Giacomelli, 2017. Supplementation with a lecithin-based delivery form of Boswellia serrata extract (Casperome®) controls symptoms of mild irritable bowel syndrome. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21: 2249-2254.
- Mashrutee, M., Chirag, R., Vama, A., Krina, P., Ankitkumar, P., 2015. Probiotics for Diarrhoea – Predominant Irritable Bowel Syndrome.. *Int J Res Med*. 4(3);68-70.
- Chisari, G., Rampello, L., Chisari, E., Catania, V., Greco, C., Stagni, E., Chisari, C., 2016. Microbiology synergism between tear substitutes and symbiotic treatment of patients with irritable bowel syndrome. *Acta Medica Mediterranea*. 4 (102).
- Srivastava, P., Bhad, R., Sharma, P., Varshney, M., Sharan, P., 2015. Successful management of difficult-to- treat irritable bowel syndrome incorporating a psychological approach. *THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA*. 28 (4): 188–9.
- Wu, J., Chan, A., Chan, Y., Cheung, G., Cheung, TK., Kwan, A., Leung, V., Mak, A., Sze, WC., Wong, R., 2017. The current treatment landscape of irritable bowel syndrome in adults in Hong Kong: consensus statements. *Medical Practice*. 23 (6):641–7.
- Holtman, G., Lisman-van Leeuwen, Y., Kollen, B., Norbruis, O., Escher, J., Kindermann, A., RijkePatrick de F. van Rheenen, Y., Berger, M., 2016. Diagnostic Accuracy of Fecal Calprotectin for Pediatric Inflammatory Bowel Disease in Primary Care: A Prospective Cohort Study. *Ann Fam Med*, 14:437-445.
- Longstreth, G., Wong, C., Chen, Q., 2020. Misdiagnosis of Diverticulitis After a Prior Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Am Board Fam Med*, 33(4) :549–560.
- Huang, Y., Jia, L. Liu, Y., 2019. The relationships between hydrogen gas and methane gas and the symptoms of irritable bowel syndrome as determined by a breath test. *Int J Clin Exp Med*;12(6):7356-7364.
- Maurer, A., 2015. Gastrointestinal Motility, Part 2: Small-Bowel and Colon Transit. *THE JOURNAL OF NUCLEAR MEDICINE*,. 56 (9): 1395-1401.

- Manzoli, L., Flacco, M.E., Marzuillo, C., Lopetuso, L., 2017. Prevalence of severe irritable bowel syndrome among Italian adults. A meta-analysis. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*; 21: 5751-5764.
- Hasosah, M., Alamri, A., Al-Husayni, F., Aljedaani, R., Zwawy, M., Al-Zahrani, A., 2017. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome among Medical Students and Interns in Jeddah, Saudi Arabia. *Research and Reviews: Journal of Clinical and Medical Case Studies*. 2(4): 14-18.
- Gros, D.F., Antony, M.M., Mc Cabe, R.E., Swinson, R.P. (2009). Subtyping binge eating disorder. *J Cons and Psychol*. 69:1066-1072.
- Dugum, M., Barco, K., Garg, S., 2016. Managing irritable bowel syndrome: The low-FODMAP diet. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE*. 83 (9).
- Lis, D., Stellingwerff, T., Kitic, C., Fell, J., Ahuja, K., 2017. Low FODMAP: A Preliminary Strategy to Reduce Gastrointestinal Distress in Athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Sulaberidze G., Okujava M., Liluashvili K., Tughushi M., Abramashvili M., (2017). Impact of food enriched with dietary fiber on patients with constipation predominant irritable bowel syndrome. *GEORGIAN MEDICAL NEWS*. 3 (264).
- Farmer, A., Wood, E., Ruffle, J., 2020. An approach to the care of patients with irritable bowel syndrome. *CMAJ*. 192 (11).
- Scemons, D., Egan, T., 2018. Improving Care for One in Five Women: Evaluating and Managing Dyspareunia. *International Journal of Nursing and Health Care Research*. 1 (3).
- Mohamed, A., Alam, R., Hamza, S., El-Gilany, A., 2018. Health Promotion Behaviors and Quality of Life in Community-Dwelling Rural Elderly. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 4(1).