

KDAJ NAJ SE OSEBA Z BOLEČINAMI V TREBUHU, KI IMAJO IZVOR V PREBAVILIH, ODLOČI ZA OBISK PRI OSEBNEM ZDRAVNIKU?

WHEN SHOULD A PERSON WITH ABDOMINAL PAIN THAT ORIGINATES FROM DIGESTIVE SYSTEM, VISIT A FAMILY DOCTOR?

AVTOR / AUTHOR:

izr. prof. Davorina Petek, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana, Slovenija.

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: davorina.petek@gmail.com

POVZETEK

Bolečina v trebuhu je pogost simptom, ki se največkrat povezuje še z drugimi simptomi, kot so npr. motnje prebave, zgodnja sitost, slabost, napihnjenost v trebuhu, motnje v odvajanju blata. Bolniki se v začetku pogosto zdravijo sami, številni tudi ob nasvetu farmacevta v lekarni. V prispevku so predstavljena najpogostejša bolezenska stanja zgornjih prebavil in črevesja s poudarkom na simptomih, zaradi katerih je potrebno obiskati zdravnika zaradi nadaljnje diagnostike ali predpisa zdravil izven okvira samozdravljenja. Pri odločitvi glede obiska zdravnika so med drugim pomembni jakost in trajanje simptomov, znaki alarma, družinska anamneza, starost, splošni simptomi, kot so povišana telesna temperatura, bolečine v sklepih in predhodno opravljene preiskave. Namen prispevka je pregledni prikaz simptomov, ki izvirajo iz prebavil, pri katerih je ob morebitnih drugih značilnostih bolnika potreben obisk pri zdravniku družinske medicine.

KLJUČNE BESEDE:

bolečina v trebuhu, dispepsija, bolezni črevesja, zdravnik družinske medicine

ABSTRACT

Abdominal pain is a common symptom, which is frequently associated with other symptoms such as indigestion, early satiety, nausea, bloating in the abdomen, and disturbances in the discharge of faeces. Patients often practice self-medication and self-treatment, while many of them follow the advice of a pharmacist at the pharmacy. The paper briefly presents the characteristics of problems requiring further diagnostics or prescribing medication beyond the scope of self-medication. The intensity and duration of symptoms, signs of alarm, family history, age, general symptoms such as fever, poliartalgias, and previous tests are important when deciding whether to visit a doctor. The aim of the paper is a review of gastrointestinal symptoms and patient characteristics requiring a visit to a family doctor.

KEY WORDS:

abdominal pain, dyspepsia, bowel diseases, family physician

1 UVOD

Bolečina v trebuhu je zelo pogost simptom, zaradi katerega ljudje obiščejo zdravnika (1, 2). Bolečina lahko izvira iz katerega koli organa v trebuhu, ali pa je prenesena od drugod (npr. iz hrbtenice). V prispevku se bom usmerila na prebavila. Velikokrat se bolniki ob pojavu težav najprej zdravijo sami z zeliščnimi preparati in z raznimi fizikalnimi metodami, pogosto pa tudi iščejo nasvet v lekarni glede zdravil v prosti prodaji (3, 4). Številne težave so funkcionalnega značaja, torej niso povezane z določeno boleznijo, lahko pa gre za akutno stanje ali začetek kronične bolezni, ki jo je potrebno čimprej odkriti. Kako hitro bolnik poišče pomoč, je odvisno od značaja in predvsem jakosti bolečine oz. spremljajočih težav (5). Bolečina v trebuhu ima lahko zelo različne značilnosti, lahko je akutna, ponavljajoča, stalna, naraščajoča, po karakterju topa, krčevita, pekoča itd.

Akutna bolečina, ki izvira iz prebavil, je lahko posledica vnetega slepiča, divertikulitisa, obstrukcije črevesa, motene prekrvavitve črevesne stene, akutnega virusnega ali bakterijskega gastroenterokolitisa ipd. (6). Ljudje so nanjo pozorni, ker se pojavi na novo, ker je večinoma ne poznajo in ker se v mnogih primerih hitro stopnjuje. Poteki nekaterih akutnih bolezni so ljudem bolj poznani, npr. vnetje slepiča, ki se začne s slabostjo in nelagodjem v epigastriju in nato preseli v desni spodnji kvadrant, druge, npr. prvi pojav divertikulitisa ali motene prekrvavitve črevesne stene, pa so manj poznane med laiki.

Odločitev, kdaj je potreben pregled pri zdravniku, ljudje običajno sprejmejo na podlagi intenzitete težav in lastnega predvidevanja ali strahu, kaj se dogaja (7, 8). Pri bolečini v trebuhu nam sklop simptomov lahko pokaže možno diagnozo in potrebo po nadaljnem ukrepanju. Bolečina je namreč le redko povsem samostojna, ampak se ob tem pojavljajo tudi drugi znaki nelagodja v trebuhu.

Namen prispevka je pregled možnih vzrokov bolečin v trebuhu, ki izvirajo iz prebavil. Predstavljene bodo okoliščine, ko je potrebna nadaljnja diagnostika in zdravljenje bodisi na primarnem ali sekundarnem nivoju.

ALI STE VEDELI?

- Bolečina v zgornjem delu trebuha lahko izvira iz želodca, dvanajstnika, srca, žolčnika, trebušne slinavke, ledvic, delov črevesa, jeter, vranice, lahko pa je mišična bolečina.

2 BOLEČINA, KI IZVIRA IZ ZGORNJIH PREBAVIL

2.1 DISPEPSIJA

Izraz predstavlja skupek težav oz. nelagodja v zgornjem delu trebuha. Bolniki opisujejo bolečino oziroma nelagodje v zgornjem delu trebuha, napihnjenost in hitro sitost po jedi. Lahko opisujejo tudi slabost ali zgago. Večina ne išče zdravniške pomoči in se samozdravi (9), vendar pri 25 % teh oseb obstaja organski vzrok za težave: peptični ulkus zgornjih prebavil, gastroesofagealna refluksna bolezen (GERB), gastritis kot posledica zdravil (na prvem mestu nesteroidni antirevmatiki NSAR) ali pa malignomi. Diagnoza funkcionalne dispepsije se postavi po izključitvi organskih vzrokov težav. Pregled pri zdravniku je potreben, če so težave po 14 dneh samozdravljenja še prisotne ali pa, če so težave hude ali stalne. Čimprejšnji pregled je potreben pri znakih alarma, ki jih predstavljajo: disfagija, nepojasnjeno hujšanje, slabokrvnost, ponavljajoče se bruhanje, bruhanje krvi, odvajanje črnega blata (melena), zapora blata.

2.1.1 Okužba s *Helicobacter pylori*

Pri obravnavi bolečin v trebuhu in dispepsije je potrebno preverjati okužbo s *Helicobacter pylori* (HP). Bakterija, ki se lahko nahaja v sluznici želodca ali dvanajstnika, predstavlja karcinogen 1. reda. Vsi okuženi imajo kronični gastritis, ki lahko poteka brez simptomov, pri 20 % pa se lahko pojavi razjeda želodca ali dvanajstnika, rak želodca ali limfom. Okužba je povezana tudi z nastankom neulkusne dispepsije (10).

ALI STE VEDELI?

- 14 dni pred testiranjem okužbe s *Helicobacter pylori* je potrebno opustiti zaviralce protonske črpalke.

Za potrjevanje okužbe uporabljamo indirektno teste, najpogosteje je to urea dihalni test, lahko pa določamo bakterijo oz. antigen HP v blatu. Seroloških testov v ambulantah družinske medicine ne uporabljamo. Direktno metodo pa predstavlja določitev bakterije z biopsijo želodčne sluznice in hitrim ureaznim testom med ezofagogastroskopijo (EGS). Da se izognemo lažno negativnemu rezultatu, pred diagnostiko oseba 1 mesec ne sme jemati antibiotikov in 14 dni zaviralcev protonske črpalke (ZPČ) (10).



2.1.2 Ukrepanje pri bolniku z dispepsijo

Določitev okužbe s HP in eradikacijsko zdravljenje brez gastroskopije (GSK) je priporočljivo pri (10, 11)

- Mlajšem bolniku (po slovenskih priporočilih je to pod 35 let) z dispepsijo.
- Pred uvedbo dolgotrajnega zdravljenja z antiagregacijskimi zdravili in/ali nesteroidnimi antirevmatiki.
- Pred začetkom dolgotrajnega zdravljenja z zaviralci protonske črpalke.
- Pri svojcih 1. reda bolnikov z rakom želodca.

Gastroskopija je pri osebah z znaki dispepsije potrebna v naslednjih primerih (11, 12)

- Pri starejših od 50 (ali 60) let z novonastalimi simptomi. Starost je postavljena pogojno, saj na to odločitev vplivajo tudi drugi dejavniki, npr. regionalna prevalenca raka želodca, družinska anamneza itd.
- Če se simptomi kljub ustreznemu zdravljenju ne izboljšajo: najprej naredimo 14 dnevni terapevtski poskus z dvojnimi odmerki ZPČ. Če simptomi izginejo ali se močno zmanjšajo, se zdravljenje z ZPČ nadaljuje še 6 tednov.
- Pri znakih alarma: disfagija, nepojasnjeno hujšanje, slabokrvnost, ponavljajoče se bruhanje, gastrointestinalne krvavitve.

ALI STE VEDELI?

- Osebe nad 50 let z novonastalimi simptomi dispepsije se morajo čimprej odločiti za pregled pri osebnem zdravniku.

Zdravljenje okužbe s HP je stopenjsko in je izbrano glede na lokalno občutljivost na antibiotike, pri katerih rezistenca naj ne bi presegla 15 %. Trajanje je podaljšano na 14 dni. Po dveh ali treh neuspešnih eradikacijah se vzameta dve biopsiji za kulturo in antibiogram. Napotitev h gastroenterologu je priporočljiva po dveh neuspešnih eradikacijah (13). Zdravljenje dispepsije z ZPČ zmanjša simptome dispepsije, kar je bilo dokazano v več metaanalizah (12) in to bolj učinkovito kot z antagonistami receptorjev H_2 . Vendar bolniki, pri katerih ZPČ ne pomagajo v zadostni meri, lahko poskusijo tudi zdravljenje z antagonistami receptorjev H_2 . Po potrebi lahko uporabljajo tudi anatacide. Pomembna pa so tudi navodila za zdrav življenjski slog in izogibanje sprožilcem dispepsije.

2.2 GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEZEN

Kar 40 % ljudi v razvitem svetu ima vsaj 1x mesečno, 12 % pa 1x tedensko težave z gastroezofagealnim refluksom

ALI STE VEDELI?

- Pri osebah z znaki dispepsije svetujemo zdravo prehrano, zmanjšanje prekomerne telesne teže in prenehanje kajenja. Odsvetujemo (prekomerno) uživanje kave, alkohola in mastne hrane. Zadnji obrok naj bo več ur pred spanjem.
- Bolniki z dokazano funkcionalno dispepsijo, ki potrebujejo dolgotrajno zdravljenje z ZPČ, naj poskušajo postopoma zniževati odmere do najnižjega še učinkovitega odmerka.

(14). Gastroezofagealna refluksna bolezen je povezana z debelostjo, pogosta je tudi v zadnjem tromesečju nosečnosti. Nastane zaradi zatekanja želodčne vsebine v požiralnik, kar okvarja njegovo sluznico. Pomembno vlogo ima spodnji požiralnikov sfinkter, ki se pri teh bolnikih sprošča pogosteje in dovoljuje vračanje želodčne vsebine v požiralnik (15). GERB predstavlja skupek več sindromov: ezofagealne in ne-ezofagealne. Pri ezofagealnih sindromih pri nekaterih pacientih ne najdemo poškodb sluznice požiralnika, pri drugih pa je na endoskopiji ugotovljena poškodba požiralnika. Več kot 60 % ljudi z refluksnimi težavami nima endoskopsko vidne poškodbe požiralnika.

Najpogostejši znaki GERB so (15, 16):

- zgaga – pekoč občutek za prsnico in regurgitacija – zatekanje želodčne vsebine navzgor vse do ust,
- epigastrična bolečina, ki lahko nastopa skupaj z zgago ali pa samostojno,
- prsna bolečina, predvsem ponoči, in je diagnostično nejasna, če ni povezana z zgago.

Ekstraesofagealni znaki GERB:

- kronični kašelj,
- hripavost,
- astma,
- poškodbe zobne sklenine,
- možne povezave še z drugimi boleznimi (faringitis, sinusitis, ponavljajoči otitis media).

Pri hudi in dolgoletni nezdravljeni GERB se lahko razvije Barrettov požiralnik z metaplazijo in displazijo normalnega epitelija požiralnika, ki je dejavnik tveganja za razvoj karcinoma požiralnika. Osnovna preiskava za GERB je EGS, ki pokaže stanje v požiralniku. Nato lahko glede na klinično sliko oz. neuspešno osnovno zdravljenje sledijo funkcionalne preiskave, s katerimi ocenjujemo motiliteto požiralnika, tlake v požiralniku in kislost refluksa ter število oz. trajanje refluksnih epizod (16).

Zdravljenje ob dokazani boleznini poteka z ZPČ (16). Odsvetujejo se zdravila, ki znižujejo tlak v spodnjem požiral-

nikovem sfinktru, to so predvsem beta-adrenergični agonisti, alfa-adrenergični antagonisti, blokatorji kalcijevih kanalčkov, diazepam.

V prehrani odsvetujemo maščobo, čokolado in alkohol. Bolniki naj imajo dostop do zloženek, na katerih so opisana navodila glede življenjskega sloga ali ustreznih strokovnih spletnih informacij.

2.3 GASTROPAREZA

Bolečina v zgornjem abdomnu, povezana z motilitetno motnjo upočasnjene praznjenja želodca, ob kateri je lahko prisotna slabost, bruhanje in občutek hitre sitosti ter spahovanjem. Najpogosteje je posledica sladkorne bolezni, nevroloških stanj ali pa je postinfekcijska (17).

V diagnostiki je potrebno izključiti mehansko zaporo (EGS, CT/MR trebuha), za ugotavljanje motilitetne motnje pa opraviti scintigrafijo želodčnega praznjenja.

V zdravljenju je potreben ustrezen prehranski režim – manjši obroki, malo balastnih snovi in maščob, v začetku tekoča ali pasirana hrana. Za osnovno medikamentozno zdravljenje se uporabljata metoklopramid in domperidon (17).

2.4 GASTRITIS

Gastritis je poškodba želodčne sluznice zaradi vnetja, gastropatija pa predstavlja poškodbo zaradi nevnetnih dejavnikov, kot so NSAR, refluks žolča, alkohol, spremembe zaradi ishemiije, stresa ipd. (18).

Gastritis je lahko akuten ali kroničen. Akutni je največkrat ob okužbi s HP in večinoma prehaja v kronično fazo. Akutni gastritis pa je lahko tudi posledica okužbe z drugimi infekcijskimi povzročitelji (18).

Bolezen ima klinično sliko dispepsije z bolečino, tiščanjem in napetostjo v epigastriju. Diagnoza temelji na histološki sliki, saj je endoskopska slika lahko normalna. Zdravi se s krajšim postenjem, antacidi in spasmolitiki (18).

Akutna erozivna gastropatija je največkrat posledica NSAR, acetilsalicilne kisline, alkohola, žolčnega refluksa, lahko tudi redkejših ogrožujočih stanj, kot npr. sepse (18).

2.5 KRONIČNI GASTRITIS

Klasična slika okužbe s HP je kronični, blago potekajoči pangastritis. Značilna je atrofija žleznega epitela in nadomeščanje le-tega z metaplastičnimi celicami, kar že predstavlja predrakave spremembe. S kronično okužbo s HP, ki sama poteka blago, lahko tudi brez simptomov, pa

je povezan tudi ponavljajoč duodenalni ulkus, lahko pa tudi ulkus želodca. Pri kroničnem gastritisu je pomembna endoskopska ocena ogroženosti za raka želodca. Bolniki s kroničnim atrofičnim pangastritisom potrebujejo reden endoskopski nadzor (18).

Obstaja tudi druga vrsta kroničnega atrofičnega gastritisa, in sicer avtoimunski, kjer imajo bolniki protitelesa proti parietalnim celicam želodca in intrinzičnemu faktorju, kar se kaže z znaki pomanjkanja vitamina B₁₂. Verjetno ima tudi tukaj vlogo okužba s HP, ki pa je v atrofični sluznici ne moremo ugotoviti (18).

Kronične gastropatije pa so posledica delovanja škodljivih dejavnikov na želodčno sluznico, najpogosteje NSAR, alkohola, salicilatov. Tudi tukaj je prisotna klinična slika dispepsije, gastroskopsko je lahko viden erozivni gastritis s krvavitvami (18).

2.6 PEPTIČNI ULKUS

Najznačilnejši simptom je bolečina, lahko pa še napihnjenost, hitra sitost, intoleranca za maščobe in občasno bruhanje.

Bolečina je običajno locirana v epigastriju, lahko tudi v levem ali desnem zgornjem kvadrantu. Pri duodenalnem ulkusu se bolečina pojavi 2 do 5 ur po jedi, na tešče, lahko ponoči, hrana jo omili. Pri želodčnem ulkusu pa je hrana sprožilec bolečine (19).

Peptična razjeda dvanajstnika je 2- do 3-krat pogostejša kot razjeda želodca. Glavna povzročitelja obeh razjed sta okužba s HP in NSAR. Kronični ulkusi so lahko brez bolečin s prvim znakom krvavitve v obliki melene ali hematemeze. Pozni zapleti so tudi stenoze zaradi brazgotinjenja v predelu pilorusa in posledičnim bruhanjem.

Obvezna je določitev HP in eradikacija v primeru okužbe, pri zdravljenju se uporablja tudi ZPČ. Pomembno je prenehanje jemanja NSAR (20).

2.7 RAK ŽELODCA ALI POŽIRALNIKA

Rak želodca ali požiralnika se lahko začne z blažjimi težavami v smislu epigastrične bolečine, ki se sčasoma

ALI STE VEDELI?

- Med zdravila, ki lahko povzročajo dispepsijo, sodijo NSAR, COX-2 selektivni inhibitorji, blokatorji kalcijevih kanalčkov, metilksantini, nadomestki kalija, selektivni inhibitorji privzema serotonina, bisfosfonati, sulfonilsečnine in nekateri antibiotiki (npr. eritromicin) (19).



stopnjuje s pojavom alarmnih znakov (hujšanje, pomanjkanje apetita, anemija, utrujenost, bruhanje). Pomembna je tudi družinska anamneza o raku želodca (19).

2.8 FUNKCIONALNA DISPEPSIJA

Bolnike z normalnim endoskopskim izvidom obravnavamo glede na klinično sliko in po potrebi naredimo dodatne preiskave (UZ trebuha, druge slikovne preiskave). V odsotnosti druge diagnoze gre za funkcionalno dispepsijo.

Pregled stanj, pri katerih je potreben obisk pri zdravniku ob prisotni dispepsiji ali bolečini v zgornjem delu trebuha, je prikazan na sliki 1.

3 BOLEČINA, KI IZVIRA IZ SPODNJEGA DELA PREBAVIL

Nelagodje v trebuhu bolniki največkrat opisujejo ne le z bolečino ampak občutkom napihnjenosti, motnjami v prebavi (zaprtje, driske) ali kruljenjem v trebuhu. Težave so zelo nespecifične, razlog pa so lahko različne bolj ali manj ogrožujoče bolezni.

Prehodne težave so lahko posledica neustrezne prehrane ali akutnega infekta, so časovno omejene in večinoma zmerne po jakosti.

V nadaljevanju bodo predstavljena najpogostejša stanja, ki povzročajo kronično bolečino, izvirajočo iz spodnjih prebavil.

3.1 PREVZDRAŽNO DEBELO ČREVO (IRITABILNI KOLON)

Pacient ima težave v navalih, intermitentno. Značilen je skupek simptomov: bolečina, napenjanje, krči, slabost, motnje v odvajanju (zaprtje ali driska ali menjaje oboje), po odvajanju običajno nastopi olajšanje. Bolečina je običajno difuzna brez širjenja drugam, najpogostejša lokacija pa je levi spodnji kvadrant oz. spodnji del trebuha. Gre za funkcionalno motnjo, saj pri preiskavah ni najti znakov bolezni, čeprav nekateri opisujejo mikroskopske znake vnetja. Sodobni pristop upošteva biopsihosocialne značilnosti s stopnjskim zdravljenjem na vseh treh področjih (21). Med opozorilne simptome, da lahko gre za neko organsko bolezen, pa sodijo začetek v srednjih/poznih letih, po jakosti stopnjujoči se simptomi, simptomi ponoči, krvavitev, anoreksija, izguba teže, temperatura, neboleča diareja, steatoreja. Razen tega so opozorilni znaki še anemija in družin-

Kdaj naj oseba z dispepsijo oz. bolečino v zgornjem trebuhu obišče osebnega zdravnika?

Če po 14 dneh samozdravljenja ni bolje:

- <35 do 40 let, brez znakov alarma: za določitev HP in eradikacijo

Za diagnostiko – gastrokopijo (5)

- Pri starejših od 50 let z novonastalimi ali dolgotrajnimi simptomi¹.
- Če se simptomi kljub ustreznemu zdravljenju ne izboljšajo
- Za čimprejšnjo diagnostiko - znaki alarma:
 - disfagija,
 - nepojasnjeno hujšanje²,
 - slabokrvnost,
 - ponavljajoče se bruhanje,
 - pomanjkanje apetita,
 - gastrointestinalna krvavitev³

Slika 1: Priporočila, kdaj naj oseba z dispepsijo oz. bolečino v zgornjem delu trebuha obišče zdravnika.

Figure 1: Recommendations when should a person with dyspepsia or upper abdominal pain visit a doctor

¹ Po nekaterih priporočilih pri novonastali dispepsiji po 60 letu, v državah z visoko incidenco raka pa že po 40. letu. Odločitev za preiskavo torej sloni na simptomih, starosti, etnični pripadnosti, družinski anamnezi in regionalni incidenci raka želodca.

² več kot 5 % običajne telesne teže v 6 do 12 mesecih

³ črno blato/melena tak bolnik mora takoj k osebnemu zdravniku ali na urgenco, ker je potrebna nujna gastrokopija

ska anamneza za raka debelega črevesa, ali za kronično vnetno črevesno bolezen (KVČB).

3.2 LAKTOZNA INTOLERANCA IN CELIAKIJA

Gre za motnji v razgradnji laktoze in gliadina in posledično za motnje v absorpciji, bolečine v trebuhu, driske, napenjanje, hujšanje, slabokrvnost. Oboje je vezano na uživanje snovi, ki jih telo ne uspe razgrajevati – laktozo in gliadin.

3.2.1 Laktozna intoleranca

Laktozna intoleranca je posledica motnje v delovanju laktaze, encima, ki razgrajuje laktozo v glukozo in galaktozo in se nahaja v epitelu dvanajstnika. Nivo encima naravno z leti upada. Ob uživanju prehrane z laktozo se pojavijo simptomi mehko blato ali driska, napihnjenost v trebuhu, bolečine, kruljenje in slabost. Laktozna intoleranca je lahko tudi prirojena, lahko pa posledica raznih bolezni črevesa od akutnega gastroenterokolitisa, do KVČB, celiakije, ali posledica obsevanja in kemoterapije. Prevalenca je rasno pogojena. V svetovnem merilu genetsko pogojeno znižanje encimske aktivnosti prizadene 70 % odrasle populacije (22). Simptomi so odvisni od količine zaužite laktoze, preostale encimske aktivnosti in hitrosti pasaže hrane skozi tanko črevo. Simptomi so zelo podobni tistim pri sindromu prevzdražnega črevesa, lahko se obe bolezni pojavljata hkrati.

3.2.2 Glutenska enteropatija oz. celiakija

Glutenska enteropatija je posledica motnje v presnovi gliadina, ki je frakcija proteina glutena, ki se nahaja v pšenici, rži in ječmenu (23). Celiakija je pri genetsko predisponiranih imunski odgovor na gluten v žitaricah, kar privede do vnetja in sprememb v sluznici tankega črevesa in slabe absorpcije snovi. Bolniki navajajo zelo slabo počutje, utrujenost, hujšanje, drisko, steatorejo in splošno motnjo v absorpciji hranil, čemur sledijo anemija, osteoporoza, lahko nevrološki simptomi, kožne spremembe in hormonske motnje, pri otrocih pa tudi zastoj v rasti. Slaba absorpcija železa, B₁₂ in folne kisline lahko privede do anemije, slaba absorpcija vitamina K pa do nagnjenosti h krvavitvam. Osteopenija in osteoporoza se pojavita zaradi motenj v metabolizmu vitamina D in absorpciji kalcija. Za diagnozo je potrebna histologija več vzorcev duodenalne sluznice. Kot prvi test se svetuje testiranje protiteles IgA TTG – tkivna transglutaminaza in endomizijska IgA (24). Na celiakijo se pomisli pri odraslih s simptomi ali laboratorijskim dokazom malabsorpcije, pri ljudeh z nepojasnjanim dvigom ALT in pri bolnikih s SB tipa 1 (25).

3.3 DIVERTIKULOZA IN DIVERTIKULITIS DEBELEGA ČREVESA

Divertikli so izbokline črevesne stene, ki nastanejo zaradi njene slabosti, ko se notranje plasti izbočijo skozi šibke predele mišične plasti. Pogosteje nastanejo pri ljudeh, ki imajo težavo z zaprtjem. Divertikulitis predstavlja vnetje divertiklov in je eden izmed zapletov. K nastanku divertikulitisa naj bi doprinesla prehrana z nizko vsebnostjo vlaknin in visoko vsebnostjo maščob in rdečega mesa ter debelost. Prav prehrana z veliko vlakninami (verjetno predvsem sadje in zelenjava) ter telesna aktivnost sta torej varovalna dejavnika pred zapleti divertikuloze. Med vsemi bolniki z divertikli jih le 5 % utrpi divertikulitis. Divertikli sami po sebi niso boleči, če se vnamejo, pa lahko predvsem v spodnjem delu trebuha povzročijo precejšnje bolečine, motnje v odvajanju in povišano telesno temperaturo. Tipa se lahko zadržijo. Dodaten zaplet pri divertikulitisu je perforacija in krvavitev, ki je lahko zelo huda (26, 27).

3.4 KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI

Predstavnici sta Crohnova bolezen (CB) in ulcerozni kolitis (UK). Prva zajame segmente celotne stene prebavnega trakta od ust do anusa, druga pa je omejena na mukozo debelega črevesa, začne se pri anusu in lahko zajema tudi proksimalne dele debelega črevesa v celotni dolžini. Pri UK je sluznica vnet, vidni so lahko ulkusi, edem in krvavitve, kar privede do izgube tekočine in elektrolitov. Pri CB pa so vneti deli prebavnega trakta, kar lahko privede do zožitev in fistul. Obstaja genetska predispozicija za obe bolezni (28). Sta idiopatski bolezni, povzročeni s spremenjenim imunskim odgovorom na gostiteljevo mikrofloro črevesa.

Za obe bolezni je značilno, da so težave lahko različno izražene (28):

- Ponavljajoče bolečine v trebuhu, krči, pri CB pogosto v predelu desnega spodnjega kvadranta, pri UK pa periumbilikalno ali levo spodaj.
- Driska, ki je lahko sluzasta ali pomešana s krvjo in se pojavlja tudi ponoči.
- Tenezmi, inkontinenca za blato.
- Zaprtje, če je bolezen pri UK omejena na rektum.
- Slabost, bruhanje (pri CB).
- Splošna oslabeledost, hujšanje, bolečine v sklepih, tudi povišana telesna temperatura in znojenje.
- Perianalne fistule in abscesi (pri CB pri 50 % bolnikov).



Simptome se včasih pripisuje iritabilnemu kolonu in se postavitev pravilne diagnoze zavleče za več let ali mesecev. Bolniki s KVČB imajo višjo stopnjo rakave bolezni: bolnik s CB za tanko črevo, bolniki z UK pa so v večjem tveganju za raka DČ. Tveganje posebej naraste po 10 letih bolezni, zato je od takrat potrebna preventivna kolonoskopija. Pogostost kolonoskopije je odvisna od stopnje tveganja oziroma od aktivnosti vnetja, postvnetnih polipov ali displazije, prisotnosti striktur kolona, družinske anamneze raka debelega črevesa (pri sorodniku prvega reda, posebej v starosti pod 50 let) (29).

Za CB pa so značilne remisije in poslabšanja (28).

3.5 RAK DEBELEGA ČREVESA

Invazivni rak kolona je preprečljiva bolezen, ki jo lahko ugotovimo v njegovi predstopnji s pomočjo presejalnih programov. V Sloveniji je dobro utečen presejalni program SVIT (30), s katerim je bilo v letu 2019 presejane 61,3 % povabljenе populacije med 50 in 74 leti. Pri zgodaj odkritem raku ali polipu kot njegovi predstopnji je lahko edini simptom mikroskopska krvavitev iz črevesa. Pri zgodnjem odkrivanju je rak asimptomatska bolezen, če je v napredovalem stadiju, pa so možni simptomi anemija, sprememba v odvajanju, diareja, zatrdlina v trebuhu. Pri mlajših od 50 let je najpogostejši znak bolečina v trebuhu (31). Pri njih je diagnoza pogosto postavljena na podlagi nujnega stanja, čas

med napotitvijo in prvimi simptomi pa je daljši kot pri starejših. Napenjanje v trebuhu in drugi simptomi so lahko posledica tudi drugih rakov v trebuhu, tako trebušne slinavke kot jajčnika.

Na sliki 2 so predstavljeni simptomi, ki izvirajo iz spodnjih prebavil in zaradi katerih je potrebno, da bolnik obišče zdravnika.

4 SKLEP

Bolečina v trebuhu je diagnostično zelo kompleksen simptom. Razen tega gre pogosto za skupek simptomov, kjer se bolečini pridružijo drugi simptomi, kot so slabost, spahovanje, napenjanje, motnje prebave ipd. Poleg možnega izvora v prebavilih lahko težave izvirajo tudi iz drugih organov v trebuhu ali pa so prenešene v trebuh od drugod. Zato je potrebna previdnost pri svetovanju in izvajanju samozdravljenja, posebej, če ni bila opravljena ustrezna diagnostika. Zelo koristno je poznavanje okoliščin in znakov, pri katerih je potreben obisk pri zdravniku, med te pa ne sodijo le simptomi, ampak tudi opazovanje poteka težav pri bolniku samem in ne nazadnje podatki družinske anamneze in morebitnih dednih bolezni.

Kdaj naj oseba s simptomi spodnjih prebavil obišče zdravnika?

- Močna bolečina v trebuhu
- Zmerna bolečina, ki ne preneha ali se stopnjuje
- Bolečina, ki je ne olajša izločanje plinov ali odvajanje blata
- Občutljivost trebuha na dotik
- Bolečina v trebuhu ob povišani telesni temperaturi
- Napetost v trebuhu
- Kri v blatu
- Dolgotrajna slabost in bruhanje
- Izguba teže
- Rumenkasta barva kože oz. slabokrvnost
- Dolgotrajna ali ponavljajoča driska
- Driska ponoči
- Driska s primesjo sluzi
- Urgenca pri odvajanju blata

Slika 2: Simptomi spodnjih prebavil, pri katerih je potreben obisk zdravnika.

Figure 2: Symptoms of the lower gastrointestinal tract requiring a visit to the doctor.

5 LITERATURA

1. Khojah I, Li S, Luo Q, et al. The relative contribution of provider and ED-level factors to variation among the top 15 reasons for ED admission. *Am J Emerg Med.* 2017;35(9):1291–1297.
2. Takeshima T, Kumada M, Mise J, et al. Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. *Int J Gen Med.* 2014;7:259–269.
3. Niesen CR, Olson DM, Nowdesha KD, Tynsky DA, Loftus CG, Meiers SJ. Enhancing Self-management for Adults With Functional Abdominal Pain: A Registered Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy Approach. *Gastroenterol Nurs.* 2018;41(4):321–332.
4. Krol N, Muris JW, Schattenberg G, Grol R, Wensing M. Use of prescribed and non-prescribed medication for dyspepsia. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22(3):163–167.
5. Raknes G, Hunnskaar S. Reasons for encounter by different levels of urgency in out-of-hours emergency primary health care in Norway: a cross sectional study. *BMC Emerg Med.* 2017;17(1):19.
6. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med.* 2016;4(19):362.
7. Llanwarne N, Newbould J, Burt J, Campbell JL, Roland M. Wasting the doctor's time? A video-elicitation interview study with patients in primary care. *Soc Sci Med.* 2017;176:113–122.
8. Mewes R, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H. Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(4):349–355.
9. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1466.
10. Tepeš B, Štabuc B. Strokovna stališča Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo o obravnavi bolnikov, okuženih z bakterijo *Helicobacter pylori*. *Zdrav Vestn.* 2018;87:176–90.
11. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. European *Helicobacter* and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66:6–30.
12. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2017; 112:988.
13. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. Clinical guideline. Last updated October 2019. Available on September 5th 2020 at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg184>
14. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8:830.
15. Štabuc B. Gastroezofagealna refluksna bolezen. V *Interna medicina, ur. Košnik M, Štajer D. Medicinska fakulteta Ljubljana, 2018. Str.: 523–528.*
16. Patti MG. Gastroesophageal reflux disease. *Medscape* 2019. Available on 27th March 2020 at <https://emedicine.medscape.com/article/176595-overview>.
17. Siuka D. Gastropareza. V *Interna medicina, ur. Košnik M, Štajer D. Medicinska fakulteta Ljubljana, 2018. Str.: 544–546.*
18. Tepeš B. Gastritis in gastropatije. V *Interna medicina, ur. Košnik M, Štajer D. Medicinska fakulteta Ljubljana, 2018. Str.: 546–450.*
19. Longstreth GF, Lacy BE. Approach to the adult with dyspepsia. Available on September 5th, 2020 on https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia?source=related_link.
20. Vakil NB. Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis. https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?topicRef=20&source=see_link.
21. Sayuk GS, Gyawali CP. Irritable Bowel Syndrome: Modern Concepts and Management Options. *Am J Med* 2015. 128 (8), 817–827.
22. Corgneau M, Scher J, Ritie-Pertusa L, Le DTL, Petit J, Nikolova Yet al. Recent advances on lactose intolerance: Tolerance thresholds and currently available answers. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017; 57:3344–3356.
23. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2007; 357:1731–1743.
24. Kelly CP, Bai JC, Liu E, Leffler DA. Advances in diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterology.* 2015, 148:1175–1186.
25. Goebel SU. Celiac disease (Sprue) guidelines. *Medscape* 2019 <https://emedicine.medscape.com/article/171805-guidelines>. Accessed 27th March, 2020.
26. Shahedi K. Diverticulitis. In: BS Anand Diverticulitis. New York, NY. <https://emedicine.medscape.com/article/173388-overview>. Accessed March 27th, 2020.
27. Di Siena MS, Birk JW. Diverticular Disease: The Old, the New, and the Ever-Changing View. *South Med J.* 2018;111:144–150.
28. Rowe AW. Inflammatory bowel disease. *Medscape* 2017. <https://emedicine.medscape.com/article/179037-overview>. Accessed March 27th, 2020.
29. Colorectal cancer prevention: colonoscopic surveillance in adults with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas. Clinical guideline 2011. Available at September 5th, 2020, on <https://www.nice.org.uk/guidance/cg118/chapter/1-Guidance#people-with-inflammatory-bowel-disease>
30. Letno poročilo o izvajanju programa SVIT v letu 2019. <https://www.program-svit.si/>. Dostopno 27. Marca 2020.
31. Arhi CS, Ziprin P, Bottle A, Burns EM, Aylin P, Darzi A Colorectal cancer patients under the age of 50 experience delays in primary care leading to emergency diagnoses: a population-based study. *Colorectal Dis.* 2019; 21:1270–1278.

