

Medycyna komplementarna, holistyczna i integracyjna: nawracający ból brzucha

David Gottsegen, MD

Department of Pediatrics,
Tufts University School
of Medicine,
Baystate Medical Center,
Springfield, Mass.

Wprowadzenie

Nawracający lub przewlekły ból brzucha jest powszechnie występującym i często kłopotliwym objawem dotyczącym 15-35% dzieci na całym świecie. Apley¹ jako pierwszy zdefiniował w 1958 roku pojęcie nawracającego bólu brzucha (recurrent abdominal pain, RAP) jako przynajmniej 3 epizody bólu brzucha, które wystąpiły w ciągu ostatnich 3 miesięcy i były na tyle silne, że zaburzały codzienną aktywność dziecka.

W czasach, gdy Apley prowadził swoje badania, przyczynę organiczną znajdowano jedynie w 5% przypadków. Po wprowadzeniu nowszych metod diagnostycznych stwierdza się ją nawet w jednej trzeciej przypadków nawracającego bólu brzucha. Objawami ostrzegawczymi, mogącymi wskazywać na konkretną chorobę organiczną, jest stwierdzenie nieswoistego zapalenia jelit w wywiadzie rodzinnym, gorączka, ubytek masy ciała, budzenie się w nocy z powodu bólu brzucha, niedokrwistość, krwiste stolce oraz zlokalizowana bolesność brzucha.

U większości dzieci bez stwierdzonej choroby organicznej występują nawracające czynnościowe bóle brzucha. Przyczyny czynnościowego bólu brzucha nadal są słabo poznane, ale uważa się, że są one spowodowane między innymi zaburzeniami czynności autonomicznego układu nerwowego lub nadwrażliwością trzewną na bodźce, takie jak gazy jelitowe, a także działaniem ostrych czynników wyzwalających, takich jak wirusowy nieżyt żołądkowo-jelitowy, wzmożona ośrodkowa percepcja bólu oraz zmiany charakteru wypróżnień, np. zaparcie stolca. Odczuwanie bólu podlega wpływowi czynników związanych z usposobieniem, kulturowych oraz psychologicznych, takich jak lęk lub depresja, a także społecznych czynników stresogennych, np. trudności w nauce oraz problemy rodzinne.

Czynnościowy ból brzucha można przypisać do czterech swoistych rodzajów zaburzeń, które w kryteriach rzymskich III opisano jako czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego (gastrointestinal, GI). Są to: dyspepsja czynnościowa, czynnościowy ból brzucha, zespół jelita drażliwego (irritable bowel syndrome, IBS) oraz migrena brzuszna. Poposiłkowy ból brzucha z towarzyszącym uczuciem pełności, wzdęciem oraz zgagą określa się mianem dyspepsji i może on współistnieć z refluksem żołądkowo-przełykowym. Zespół jelita drażliwego charakteryzuje się kurczowymi bólami brzucha ze zmianą rytmu wypróżnień. Epizodycznie występujący ból brzucha z towarzyszącym bólem głowy oraz bladością tworzą obraz migreny brzusznej.

Podobnie jak w przypadku innych chorób i zaburzeń, zwłaszcza przewlekłych, do których zalicza się nawracający ból brzucha, chorzy i ich rodziny coraz częściej zwracają się ku niekonwencjonalnym metodom leczenia, czyli medycynie komplementarnej i alternatywnej (complementary and alternative medicine, CAM). Wśród 749 dzieci odwiedzających

Doktor Gottsegen deklaruje brak jakichkolwiek powiązań finansowych mogących wpłynąć na niniejszy artykuł. Artykuł nie omawia produktu/urządzenia dostępnego na rynku, niedopuszczonego do stosowania ani będącego przedmiotem badań.

UWAGA!

Środki omawiane w niniejszym artykule służą raczej jako suplementy diety niż leki. Wprawdzie suplementy diety podlegają rejestracji przez United States Food and Drug Administration (FDA), jednak niektórzy producenci, mimo istnienia tylko nielicznych dowodów naukowych, mogą wprowadzać produkty na rynek bez wcześniejszego potwierdzenia ich bezpieczeństwa. Na FDA spoczywa obowiązek monitorowania ich bezpieczeństwa od momentu wprowadzenia na rynek. Informacje na ten temat są dostępne w ustawie Dietary Supplement Health and Education Act z 1994 roku na stronie internetowej www.cfsan.fda.gov/~dms/dietsupp/html.

pediatryczne poradnie gastroenterologiczne w Holandii stwierdzono, że 60% korzysta z komplementarnych i alternatywnych metod leczenia.² Brak skuteczności oraz występowanie działań niepożądanych podczas stosowania standardowych sposobów leczenia, w połączeniu z absencją w szkole, są głównymi powodami uzasadniającymi korzystanie z metod niekonwencjonalnych. W niniejszym artykule dokonano przeglądu komplementarnych i alternatywnych metod leczenia czynnościowego bólu brzucha u dzieci w świetle zasad medycyny opartej na faktach.

Metody biobehawioralne

Nie jest niespodzianką, że w przypadku objawu, który w tak dużym stopniu dotyczy związku umysłu z ciałem, metody biobehawioralne są najskuteczniejszymi sposobami leczenia czynnościowego bólu brzucha opartymi na dowodach naukowych. Ważne, aby rodzinę i dziecko poinformować o znaczeniu wspomnianego wyżej związku. Rodziców oraz opiekunów należy uspokoić, wyjaśniając, że ból jest odczuciem rzeczywiście występującym, ale należy na niego spojrzeć z nowej perspektywy, jaką jest zwiększona wrażliwość na prawidłową czynność żołądka i jelit. Rodzice nie powinni wypytwać dziecko o dolegliwości bólowe, ale poświęcić więcej uwagi zachowaniom niezwiązanym z bólem. Nie warto wykonywać wielu niepotrzebnych badań laboratoryjnych, procedur diagnostycznych oraz zabiegów operacyjnych. Kluczowe znaczenie ma pouczenie dziecka, aby kontynuowało naukę szkolną oraz inne zajęcia, zanim jeszcze zostanie „wyleczone”.

W 2003 roku Weydert i wsp.³ dokonali systematycznego przeglądu 57 badań poświęconych czynnościowemu bólowi brzucha u dzieci i stwierdzili, że interwencje psychologiczne, takie jak poznawcza terapia behawioralna (cognitive behavioral therapy, CBT) oraz hipnoza wykazują największą skuteczność terapeutyczną. Od tamtej pory inni autorzy wykazali, że mimo przeprowadzenia zaledwie kilku dobrych prac klinicznych z grupą kontrolną najmocniejsze dowody kliniczne przemawiają za leczeniem technikami behawioralnymi.^{4,6}

W kilku randomizowanych badaniach kontrolowanych wykazano skuteczność poznawczej terapii behawioralnej w leczeniu nawracającego bólu brzucha. W tych badaniach dzieci i ich opiekunów nauczono postrzegać ból w nowy sposób, opracowywać plany awaryjne w postępowaniu z bólem, nagradzać dobre zachowania oraz ignorować zachowania bólowe, a także korzystać z pozytywnej rozmowy z samym sobą, relaksacji oraz umiejętności wizualizowania.

Sanders i wsp.⁷ stwierdzili, że 56% dzieci, u których zastosowano CBT, nie miało dolegliwości bólowych, co wykazano na podstawie prowadzonych dzienniczków, a 70% nie odczuwało bólu 6 miesięcy po zastosowaniu interwencji, co ustalono na podstawie obserwacji rodziców. Dla porównania w grupie kontrolnej te wskaźniki wynosiły odpowiednio 24 i 38%. Humphreys i Gevirtz⁸ stwierdzili, że w grupach

dzieci nauczonych ćwiczeń opartych na biologicznym sprzężeniu zwrotnym lub CBT interwencja spowodowała ustąpienie bólu u 72%. Robins i wsp.⁹ stwierdzili zmniejszenie wartości wskaźnika bólu brzucha o 25% tuż po zastosowaniu CBT oraz po 6 i 12 miesiącach od interwencji, a także 30% zmniejszenie absencji w szkole w porównaniu z grupą kontrolną. Duarte i wsp.¹⁰ wykazali, że w grupie stosującej CBT po czwartej miesięcznej sesji średnia miesięczna liczba incydentów bólowych zmniejszyła się z 15 do 2, zaś w grupie kontrolnej w tym samym okresie jedynie z 12 do 8.

Wykazano również, że w łagodzeniu cierpienia i bólu głowy oraz różnych przewlekłych zespołów bólowych bardzo skuteczne są hipnoza i biologiczne sprzężenie zwrotne. Stwierdzono, że hipnoza zmienia gęstość sygnału w obrazowaniu metodą czynnościowego rezonansu magnetycznego w przednim zakręcie obręczy i innych obszarach mózgu, gdzie ból jest odczuwany i modulowany. Terapia hipnozą obejmuje wiele tych samych zasad i technik, których używa się w poznawczej terapii behawioralnej: wyjaśnienie fizjologii bólu, położenie nacisku na zachowania niepowodujące bólu (ulubione zajęcia), relaksacja oraz wizualizowanie. Hipnoza zawiera jednak również określone sugestie mające na celu łagodzenie bólu oraz kontynuację normalnej aktywności.

Ball i wsp.¹¹ nauczyli małą grupę dzieci relaksacyjnych technik wizualizacji, pod wpływem których nastąpiło zmniejszenie nasilenia bólu podobnego do dyspepsji o 67%, mierzone skalą Faces (na podstawie wyrazu twarzy – przyp. tłum.). Inni autorzy przystosowali metodę terapii hipnozą „ukierunkowaną na zaburzenia przewodnictwa pokarmowego”, opracowaną w Anglii¹² oraz Karolinie Północnej¹³ dla dorosłych cierpiących na zespół jelita drażliwego. Vlieger i wsp.¹⁴ stwierdzili, że terapia hipnozą ukierunkowana na zaburzenia przewodnictwa pokarmowego i dostosowana do rozwoju dziecka, zaaplikowana w sześciu pięćdziesięciminutowych sesjach dzieciom w wieku 8-18 lat, prowadziła do remisji objawów po roku u 85% z nich, w porównaniu z 25% w grupie kontrolnej otrzymującej standardowe leczenie farmakologiczne.

W niedawno przeprowadzonym intrygującym badaniu van Tilburga i wsp.¹⁵ posłużono się regularnie prowadzonymi domowymi zapisami sesji wyobraźni sterowanej wśród dzieci w wieku 6-15 lat z czynnościowym bólem brzucha. W grupie leczonej na ten rodzaj terapii korzystnie odpowiedziało łącznie 63% dzieci w porównaniu z jedynie 27% z grupy kontrolnej otrzymującej wyłącznie leczenie farmakologiczne. Gdy w grupie kontrolnej wprowadzono domowe sesje wyobraźni sterowanej, 62% dzieci odpowiedziało na leczenie.

Biologiczne sprzężenie zwrotne łączy relaksację i wizualizację ze wzrokowym oraz słuchowym sprzężeniem zwrotnym zmian somatycznych (ciepłota ciała, oporność skóry oraz zmienność częstości pracy serca). Biologiczne sprzężenie zwrotne może się okazać szczególnie przydatne w modulowaniu reaktywności autonomicznego układu ner-

wowego, zmienionej u wielu chorych cierpiących na czynnościowe bóle brzucha, mierzonej za pomocą manometrii odbytnicznej. Humphreys i Gevirtz⁸ używali prostych technik regulacji ciepłoty ciała, w których pacjentów nauczono zmieniać ciepłotę ciała w obszarze koniuszków palców.

Dieta oraz naturalne produkty zdrowotne

Interwencje obejmujące modyfikację diety w postaci zwiększenia spożycia błonnika, eliminacji laktozy oraz stosowania suplementów diety, takich jak olejek miętowy, zakończyły się istotnym powodzeniem.

Nietolerancja laktozy powszechnie występująca wśród dorosłych w określonych grupach etnicznych oraz narodowościach, dość rzadko obserwowana jest u dzieci. W badaniu z 1981 roku autorzy stwierdzili, że dieta bezlaktozowa nie prowadzi do znaczącej zmiany w dolegliwościach bólowych brzucha, nawet u dzieci, u których za pomocą wodorowego testu oddechowego wykazano nietolerancję laktozy.¹⁶

W 2001 roku Kline i wsp.¹⁷ opublikowali wyniki randomizowanego badania kontrolowanego, w którym uczestniczyło 50 dzieci z nawracającym bólem brzucha. Dzieci z grupy leczonej otrzymywały trzy razy dziennie przez 2 tygodnie jedną lub dwie kapsułki powlekane z opóźnionym uwalnianiem w jelitach, zawierające 187 mg olejku z mięty pieprzowej. Wyniki badania wykazały, że 76% leczonych dzieci zgłosiło zmniejszenie stopnia nasilenia objawów w porównaniu z jedynie 19% otrzymującymi placebo. Uważa się, że mięta pieprzowa podawana w powyższej formie hamuje kurczliwość mięśni gładkich jelita. Ma ona również łagodne powierzchniowe działanie znieczulające.

Korzystne oddziaływanie włókna roślinnego na jelito jest dobrze znane. Żywność wysoko oczyszczona i przetworzona, która stanowi większość diety Amerykanów, ma swój udział w zwiększeniu częstości występowania zaparcia oraz otyłości u amerykańskich dzieci. Kofeina, tłuste i pikantne pokarmy oraz napoje gazowane mogą także wyzwać ból brzucha. Nie jest jednak pewne, czy samo zwiększenie spożycia błonnika wpływa na złagodzenie bólów brzucha.

Feldman i wsp.¹⁸ wykazali 50% redukcję nasilenia bólu brzucha u dzieci otrzymujących 10 g błonnika nierozpuszczalnego w postaci ciasteczek w porównaniu z zaledwie 27% zmniejszeniem dolegliwości w grupie przyjmującej placebo. Te wyniki niestety nie osiągnęły istotności statystycznej. W podobnym badaniu kontrolowanym, w którym użyto większych ilości błonnika, Christensen¹⁹ nie stwierdził różnicy między grupami leczoną i kontrolną. Humphreys oraz Gevirtz⁸ wykorzystali grupę otrzymującą suplementację błonnika jako kontrolną do porównania z grupami, w których zastosowali „aktywną interwencję” w postaci metod behawioralnych. Tylko 7% dzieci otrzymujących wyłącznie błonnik nie zgłaszało dolegliwości bólowych po leczeniu.

Ponieważ wykazano, że chorzy na zespół jelita drażliwego, który dotyczy również znacznej liczby dzieci z nawracającym bólem brzucha, mają mniej zróżnicowaną florę jelitową w porównaniu ze zdrowymi osobami, do terapeutycznej zmiany ekosystemu jelita wykorzystano probiotyki z rodzaju *Lactobacillus* oraz *Bifidobacterium*. Bakterie te pomagają zachować w stanie zdrowia barierę, jaką tworzy błona śluzowa jelita, oraz zapobiec przerostowi bakteryjnemu. Probiotyki mogą też zmniejszać nadwrażliwość trzewną dzięki działaniu przeciwzapalnemu. Stwierdzono, że probiotyki są przydatne u dorosłych cierpiących na biegunkę podróżnych oraz u dzieci z ostrym nieżytem żołądkowo-jelitowym. Whorwell i wsp.²⁰ udokumentowali, że szczep probiotyczny *Bifidobacterium infantis* 35624, podawany w postaci kapsułek w określonej dawce 1×10^8 jednostek tworzących kolonie, znacznie zmniejszał nasilenie objawów w dużej grupie złożonej z dorosłych chorych na zespół jelita drażliwego.

Skuteczność probiotyków w leczeniu nawracającego bólu brzucha u dzieci jest różna. Bausserman i Michail²¹ w randomizowanym badaniu kontrolowanym nie stwierdzili różnicy w stopniu nasilenia bólu oraz zmiany rytmu wypróżnień wśród dzieci otrzymujących kapsułki z *Lactobacillus* GG w porównaniu z przyjmującymi placebo, chociaż grupa leczona zgłaszała pewne niewielkie zmniejszenie uczucia wzdęcia brzucha.

W mniejszym badaniu obserwacyjnym, obejmującym dzieci zgłaszające ból brzucha spowodowany zaparciem, którym podawano kapsułki zawierające *Lactobacillus* oraz *Bifidobacterium*, stwierdzono zwiększenie częstości wypróżnień z 2 do 4,2 w tygodniu oraz zmniejszenie stopnia nasilenia bólu o 50%.²² Dzieci te cierpiały jednak jeszcze dodatkowo na nietrzymanie stolca i otrzymywały doodbytnicze wlewy czyszczące przez 3 dni jako element leczenia. Gawrońska i wsp. donieśli o braku ogólnych różnic w łagodzeniu bólu między grupą przyjmującą placebo a otrzymującą *Lactobacillus* w badaniu obejmującym 48 dzieci, chociaż 25% dzieci z grupy leczonej stwierdziło przy końcu badania, że nie odczuwa bólu, w porównaniu z 10% z grupy otrzymującej placebo.

W pewnym stopniu przyczyną uzyskania tak zróżnicowanych wyników publikowanych w piśmiennictwie badań dotyczących skuteczności probiotyków może być związek z określonymi szczepami bakterii, dokładną dawką oraz nośnikiem transportującym probiotyk. Grupa Whorwella stwierdziła, że bakterie *Bifidobacterium* podawane w mniejszej (1×10^6) lub większej (1×10^{12}) dawce niż terapeutyczna (1×10^8) nie wykazywały większej skuteczności niż placebo.²⁰

W piśmiennictwie opublikowano 75 badań poświęconych stosowaniu chińskich ziół lub technik ajurwedyjskich w leczeniu zespołu jelita drażliwego u dorosłych, z których trzy są randomizowane kontrolowane z podwójnie ślepą próbą,²⁴ ale w żadnym badaniu nie podano informacji o zastosowaniu tych ziół u dzieci z nawracającymi bólami

brzucha. W niektórych badaniach wykazano skuteczność rumianku oraz kopru włoskiego u niemowląt z objawami kolki. Te zioła są stosowane od dawna, łącznie z imbirem, w wielu kulturach w łagodzeniu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

W jednym badaniu obserwacyjnym²⁵ porównano środek homeopatyczny, spascupreel, z przeciwskurczowo działającym butylobromkiem hioscyny, lekiem powszechnie stosowanym w leczeniu czynnościowego bólu brzucha. Oba preparaty miały podobny wpływ na wyniki ocenione za pomocą objawowej skali punktowej.

Metody fizyczne

W sześciu randomizowanych badaniach kontrolowanych uzyskano zmienne rezultaty po zastosowaniu akupunktury w leczeniu zespołu jelita drażliwego u dorosłych,²⁶ natomiast zasoby piśmiennictwa nie zawierają badań poświęconych stosowaniu akupunktury ani żadnej innej fizycznej metody leczenia u dzieci z nawracającym bólem brzucha.

Artykuł ukazał się oryginalnie w *Pediatrics inReview*, Vol. 31, No. 5, May 2010, p. e36: *Complementary, Holistic, and Integrative Medicine: Recurrent Abdominal Pain*, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez Medical Tribune Polska. AAP i Medical Tribune Polska nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i Medical Tribune Polska nie popierają stosowania ani nie ręcą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.

Piśmiennictwo

- Apley J. A common denominator in the recurrent pains of childhood. *Proc R Soc Med.* 1958;51:1023–1024
- Vlieger AM, Blink M, Tromp E, Benninga MA. Use of complementary and alternative medicine by pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases: results from a multicenter survey. *Pediatrics.* 2008;122:e446–e451
- Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics.* 2003;111:e1–e11
- Perez ME, Youssef NN. Dyspepsia in childhood and adolescence: insights and treatment considerations. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9:447–455
- Brent M, Lobato D, LeLeiko N. Psychological treatments for pediatric functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48:13–21
- Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;1:CD003014
- Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H. The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62:306–314
- Humphreys PA, Gevirtz RN. Treatment of recurrent abdominal pain: components analysis of four treatment protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000;31:47–51
- Robins PM, Smith SM, Glutting JJ, Bishop CT. A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *J Pediatr Psychol.* 2005;30:397–408
- Duarte MA, Penna FJ, Andrade EM, Cancela CS, Neto JC, Barbosa TF. Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: cognitive-behavioral family intervention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;43:59–64
- Ball TM, Shapiro DE, Monheim CJ, Weydert JA. A pilot study of the use of guided imagery for the treatment of recurrent abdominal pain in children. *Clin Pediatr.* 2003;42:527–532
- Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet.* 1984;2:1232–1234
- Palsson OS. Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: the North Carolina protocol. *Int J Clin Exp Hypn.* 2006;54:51–64

Podsumowanie

- W niniejszym wszechstronnym przeglądzie piśmiennictwa naukowego wykazano istnienie jedynie nielicznych dowodów wskazujących na skuteczność jakiegokolwiek określonego wyrobu ziołowego lub dietetycznego, jak również suplementacji błonnika w leczeniu nawracającego bólu brzucha.
- Wprawdzie nie jest to przedmiotem niniejszego artykułu, ale należy wspomnieć, że nie istnieją również dowody na skuteczność jakiegokolwiek wyrobu farmaceutycznego w leczeniu nawracającego bólu brzucha, z wyjątkiem zastosowania famotydy w leczeniu dyspepsji (jedno randomizowane badanie kontrolowane) oraz pizotyfenu podawanego małej podgrupie dzieci cierpiących na migrenę brzuszna (mniejsze randomizowane badanie kontrolowane).
- W piśmiennictwie nie ma dowodów przemawiających za skutecznością jakichkolwiek manipulacji lub metod fizycznych w leczeniu nawracającego bólu brzucha u dzieci.
- Stale zwiększa się liczba dowodów uzasadniających użycie metod behawioralnych w leczeniu nawracającego bólu brzucha. Technikami najlepiej potwierdzonymi są poznawcza terapia behawioralna oraz leczenie hipnozą, co nie jest zaskoczeniem, ponieważ nawracający ból brzucha ma zwykle podłoże czynnościowe. Pojęcie czynnościowy odnosi się do przyczyny niemającej charakteru organicznego i jest ona raczej wynikiem złożonego procesu obejmującego umysł i ciało, w tym ośrodkowej wrażliwości na ból, nadwrażliwości trzewnej, dysfunkcji autonomicznego układu nerwowego oraz innych czynników, które dotychczas pozostają nieodkryte. Techniki behawioralne, czyli obejmujące umysł i ciało, pomagają dzieciom powrócić do prawidłowej codziennej aktywności, na nowo zinterpretować ich odczuwanie bólu w celu złagodzenia cierpienia oraz poprawić poczucie skuteczności i własnej wartości. Stwierdzono, że sesje wyobraźni sterowanej oraz hipnoza wykazują szczególnie dużą skuteczność w leczeniu nieorganicznego bólu brzucha u dzieci.
- Należy przeprowadzić znacznie więcej badań, być może łączących techniki biobehawioralne z innymi metodami tradycyjnymi oraz komplementarnymi/integracyjnymi, poświęconych temu powszechnie występującemu oraz często kłopotliwemu problemowi wieku rozwojowego.

14. Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2007;133:1430–1436
15. van Tilburg MA, Chitkara DK, Palsson OS, et al. Audiorecorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: a pilot study. *Pediatrics*. 2009;124:e890–e897
16. Lebenthal E, Rossi TM, Nord KS, Branski D. Recurrent abdominal pain and lactose absorption in children. *Pediatrics*. 1981;67:828–832
17. Kline RM, Kline JJ, Di Palma J, Barbero GJ. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr*. 2001;138:125–128
18. Feldman W, McGrath P, Hodgson C, Ritter H, Shipman RT. The use of dietary fiber in the management of simple, childhood, idiopathic, recurrent, abdominal pain: results in a prospective, double-blind, randomized, controlled trial. *Am J Dis Child*. 1985;139:1216–1218
19. Christensen MF. Recurrent abdominal pain and dietary fiber. *Am J Dis Child*. 1986;140:738–739
20. Whorwell PJ, Altringer L, Morel J, et al. Efficacy of an encapsulated probiotic *Bifidobacterium infantis* 35624 in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:1581–1590
21. Bausserman M, Michail S. The use of *Lactobacillus GG* in irritable bowel syndrome in children: a double-blind randomized control trial. *J Pediatr*. 2005;147:197–201
22. Bekkali NL, Bongers ME, van den Berg MM, Liem O, Benninga MA. The role of a probiotics mixture in the treatment of childhood constipation: a pilot study. *Nutr J*. 2007;6:17
23. Gawronska A, Dziechciarz P, Horvath A, Szajewska H. A randomized double-blind placebo-controlled trial of *Lactobacillus GG* for abdominal pain disorders in children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:177–184
24. Liu J, Yang M, Liu Y, Wei M, Grimsgaard S. Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:CD004116
25. Müller-Krampe B, Oberbaum M, Klein P, Weiser M. Effects of spascupreel versus hyoscine butyl bromide for gastrointestinal cramps in children. *Pediatr Int*. 2007;49:328–334
26. Lim B, Manheimer E, Lao L, et al. Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;4: CD005111

Komentarz



Dr hab. n. med. Anna Szaflarska-Popławska
Zakład Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowych CM
w Bydgoszczy

Ból brzucha jest jednym z częstszych problemów zdrowotnych i dotyczy około 10-19% dzieci w wieku szkolnym. Nawracający ból brzucha oznacza występowanie co najmniej 3 epizodów bólu brzucha w ciągu co najmniej 3 miesięcy ograniczających aktywność u dziecka w wieku 4-16 lat. Termin nawracający podkreśla nawrotowy charakter dolegliwości oddzielonych okresami bezobjawowymi. Nawracający ból brzucha może, jako rozpoznanie opisowe, stanowić objaw chorób organicznych (w około 10-15% przypadków) lub znacznie częściej być objawem zaburzeń czynnościowych.

Wśród zaburzeń związanych z bólem brzucha u dzieci i młodzieży między 5 a 18 rokiem życia wyróżniono dyspepsję czynnościową, zespół jelita drażliwego, migrenę brzuszną, czynnościowy ból brzucha oraz zespół czynnościowego bólu brzucha u dzieci. W przypadku prawidłowego wyniku badania przedmiotowego i braku objawów alarmujących z dużym prawdopodobieństwem można rozpoznać zaburzenie czynnościowe. Do objawów alarmujących, które u dziecka z nawracającym bólem brzucha wymagają przeprowadzenia ukierunkowanych badań diagnostycznych, poza wymienionymi przez autorów pracy (jawne lub utajone krwawienie z przewodu pokarmowego, niezamierzone zmniejszenie masy ciała, gorączka o nieustalonej etiologii, przewlekły ból w prawym dolnym lub prawym górnym kwadrancie brzucha, dodatni wywiad rodzinny w kierunku nieswoistych zapaleń jelit, celiakii, polipowatości i innych

chorób organicznych przewodu pokarmowego), należą również zahamowanie wzrastania, opóźnione dojrzewanie płciowe, nasilone wymioty, poranne wymioty występujące na czczo, zaburzenia połykania, ciężka i przewlekła biegunka. W przypadku występowania takich objawów należy wykonać badania identyfikujące zaburzenia organiczne (stężenie CRP, OB, morfologia krwi, badania biochemiczne surowicy, badania serologiczne, badanie moczu, badanie stolca lub badania obrazowe: zdjęcie RTG przeglądowe i kontrastowe, endoskopowe, testy oddechowe, pH-metria przełyku).

W ostatnich latach, pomimo braku dobrze zaprojektowanych badań klinicznych, w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej wzrosło zainteresowanie niekonwencjonalnymi metodami leczenia (complementary and alternative medicine, CAM), obejmującymi przede wszystkim ziołolecznictwo i akupunkturę. Wrazem tego zainteresowania są liczne prace ukazujące się zarówno w piśmiennictwie zagranicznym, jak i polskim dotyczące tego zagadnienia, w tym również powyższe opracowanie.

W ostatnich latach opublikowano dwie duże metaanalizy – w mojej opinii – najlepiej podsumowujące naszą dotychczasową wiedzę na temat skuteczności i bezpieczeństwa interwencji farmakologicznych [*Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23(1):CD003017] oraz dietetycznych [*Cochrane Database Syst Rev* 2009;21(1):CD003019] u dzieci w wieku szkolnym z nawracającymi bólami brzucha i zespołem jelita drażliwego.

Wśród interwencji farmakologicznych z zastosowaniem naturalnych produktów ziołowych wykorzystywanych w tradycyjnej medycynie Dalekiego Wschodu najbardziej obiecujące i godne uwagi są wyniki badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa olejku z mięty pieprzowej (*Mentha piperita*). Działanie mięty pieprzowej wiąże się z blokowaniem kanałów wapniowych i rozkurczem mięśni gładkich przewodu pokarmowego. Metaanalizy przeprowadzone w 1998 roku (*Am J Gastroenterol.* 1998;93:1131-1135) i w 2003 roku (*Arch Intern Med.* 2003;163:265-274) oraz późniejsza analiza Forda i wsp. (*BMJ.* 2008;337:2313) uwzględniająca aktualniejsze, wysokiej jakości badania kliniczne, potwierdziły większą skuteczność olejku z mięty pieprzowej w leczeniu zespołu jelita drażliwego w porównaniu z placebo. Olejek z mięty pieprzowej działał korzystnie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku, przyspieszając wczesną fazę opróżniania żołądkowego, zwiększając czas relaksacji odźwiernika i obniżając spoczynkowe ciśnienie dolnego zwieracza przełyku (*J Gastroenterol.* 2007;42:539-542). Opublikowana w 2008 roku metaanaliza Hubertas-Ceballosa i wsp. [*Cochrane Database Syst Rev.* 2008;23(1):CD 003017] uwzględniała jedynie jedną wcześniejszą pracę Kline'a i wsp. (*J Pediatr.* 2001; 138(1):125-128) dotyczącą skuteczności olejku z mięty pieprzowej w nielicznej grupie (50 dzieci) z nawracającym bólem brzucha. Praca ta (uwzględniona również w niniejszym opracowaniu) sugerowała zmniejszenie nasilenia bólu związanego z zespołem jelita drażliwego po zastosowaniu olejku z mięty pieprzowej w porównaniu z placebo, jednak autorzy tej metaanalizy są ostrożni w formułowaniu ostatecznych zaleceń terapeutycznych, uważając, że nawracające bóle brzucha mają przebieg fluktuacyjny, a odpowiedź na leczenie farmakologiczne może być związana z naturalnym przebiegiem choroby. W Polsce dostępny jest preparat Iberogast będący wyciągiem alkoholowym z dziewięciu roślin, w tym mięty pieprzowej.

W drugiej istotnej metaanalizie dotyczącej skuteczności interwencji dietetycznych u dzieci z nawracającymi bólami brzucha i zespołem jelita drażliwego [*Cochrane Database Syst Rev* 2009; 21(1): CD003019] uwzględniono siedem prac spełniających kryteria włączenia: dwie dotyczące suplementacji nierozpuszczalnego błonnika (Christensen i wsp., 1982; Feldman i wsp., 1985), dwie dotyczące diety bezlaktozowej (Lebenthal i wsp., 1981; Dearlove i wsp., 1983) oraz trzy (Young i wsp., 1997; Bausserman i wsp., 2005; Gawronska i wsp., 2007) – dotyczące suplementacji *Lactobacillus*. W obu pracach dotyczących skuteczności diety z dodatkiem różnych ilości błonnika pokarmowego nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zakresie objawów klinicznych w grupach stosujących interwencję w stosunku do placebo. Lebenthal i wsp. stwierdzili podobną częstość

występowania nietolerancji laktozy w grupie pacjentów z nawracającymi bólami brzucha i grupie kontrolnej, a w grupie pacjentów z nawracającymi bólami brzucha odsetek chorych z remisją kliniczną po zastosowaniu diety bezlaktozowej był podobny w grupach z i bez nietolerancji laktozy. W grupie dzieci z nawracającymi bólami brzucha badanych przez Dearlove'a i wsp. jedna trzecia pacjentów odczuwała korzyść ze stosowania diety bezlaktozowej, ale odpowiedź kliniczna nie korelowała z wynikami testów tolerancji laktozy. Systematyczny przegląd piśmiennictwa dotyczący stosowania probiotyków w zespole jelita drażliwego (*Am J Gastroenterol* 2008; 103: S481), który objął heterogenną populację chorych i różne rodzaje szczepów probiotycznych wykazał korzystny, istotny statystycznie wpływ probiotyków na objawy zespołu jelita drażliwego, mniejszy w badaniach klinicznych o najwyższej jakości w porównaniu z badaniami mniej rygorystycznymi. Szczegółowa analiza sugeruje, że pałeczki kwasu mlekowego nie mają wpływu na objawy zespołu jelita drażliwego, a preparaty zawierające *Bifidobacterium* wykazują jedynie tendencję do ich łagodzenia. Zgodnie z wynikami systematycznego przeglądu piśmiennictwa Cochrane (2008) nie ma podstaw do stosowania probiotyków w leczeniu czynnościowych bólów brzucha. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami American College of Gastroenterology (2009) stosowanie pałeczek *Lactobacillus* jest nieskuteczne w łagodzeniu objawów zespołu jelita drażliwego.

Według autorów publikacji w piśmiennictwie najwięcej jest dowodów wskazujących na skuteczność różnych metod leczenia psychologicznego w leczeniu nawracających czynnościowych bólów brzucha, a zwłaszcza hipnoterapii oraz terapii poznawczo-behawioralnej. Metaanaliza Forda i wsp. (*Gut* 2009; 58: 367-78) wykazała korzystny wpływ hipnoterapii w zakresie objawów z przewodu pokarmowego, lęku, depresji i jakości życia u pacjentów z zespołem jelita drażliwego w związku z jej wpływem na motorykę przewodu pokarmowego i zmniejszeniem nadwrażliwości trzewnej. Podobny wpływ wykazuje również terapia poznawczo-behawioralna mająca na celu identyfikację psychologicznych przyczyn objawów brzusznych, zrozumienie ich powiązań w ustroju oraz wypracowanie prawidłowej reakcji. Obie metody obciążone są jednak podobnymi wadami: są trudno dostępne i czasochłonne.

Biorąc pod uwagę wyniki przytoczonych przeglądów piśmiennictwa, należy powtórzyć za autorami powyższego opracowania, że brakuje wystarczającej liczby dowodów, aby polecać określone interwencje dietetyczne lub farmakologiczne w leczeniu nawracających czynnościowych bólów brzucha u dzieci. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i hipnozy prawdopodobnie zostanie potwierdzona, jednak metody te są obecnie trudno dostępne.