

УДК: 616.381-009.7-085

Синдром функциональной абдоминальной боли

А.А. Шептулин

Functional abdominal pain syndrome

А.А. Sheptulin

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России¹

Ключевые слова: синдром функциональной абдоминальной боли, клиника, диагностика, лечение

Синдром функциональной абдоминальной боли относится к одной из наиболее сложных и недостаточно изученных проблем, с которой сталкиваются в своей клинической практике врачи различных специальностей (гастроэнтерологи, терапевты, хирурги, гинекологи) и которая нередко бывает сопряжена с серьезными ошибками в диагностике и выборе тактики лечения.

Определение. В соответствии с «Римскими критериями III» (2006) под синдромом функциональной абдоминальной боли (СФАБ) понимают постоянные, почти постоянные или часто рецидивирующие боли в животе, которые характеризуются следующими особенностями [1]:

- отмечаются в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев;
- не связаны с конкретными физиологическими факторами (прием пищи, акт дефекации, менструальный цикл);
- сопровождаются снижением физической активности;
- характеризуются отсутствием «симптомов тревоги»;
- не содержат признаков, которые позволяли бы отнести эти боли к другим функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В качестве синонимов СФАБ используются также термины «хроническая идиопатическая абдоминальная боль», «неспецифическая функциональная

абдоминальная боль» [5].

Эпидемиология. По сравнению с такими функциональными заболеваниями ЖКТ, как синдром раздраженного кишечника (СРК) и функциональная диспепсия (ФД), СФАБ встречается значительно реже. Его распространенность среди населения составляет, по разным данным, 0,5-2%. Но эти цифры недостаточно точно отражают истинную распространенность этого заболевания, поскольку на практике таким больным, несмотря на отсутствие у них связи болей с приемом пищи и актом дефекации, ставятся диагнозы СРК, ФД, хронического панкреатита [8]. Контингент больных, страдающих СФАБ, представлен преимущественно женщинами молодого и среднего возраста [1, 13, 15, 16].

Значимость данной проблемы заключается в том, что эти больные, обычно сложные в диагностическом плане для врачей общей практики, наблюдаются, как правило, в специализированных медицинских центрах, нанося туда частые визиты и подвергаясь там многочисленным исследованиям. Наблюдения за 20 больными СФАБ (все они были женщинами), показали, что каждая из пациенток была осмотрена в среднем 5-6 консультантами, подверглась 6-7 рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям и перенесла по поводу этих бо-

¹119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
e-mail rektorat@mma.ru

лей 2-3 крупные хирургические или гинекологические операции, оказавшиеся неэффективными [9]. Большинство больных СФАБ (85%) направляются к психиатрам, однако, предпочитают все же лечиться у гастроэнтерологов.

Этиология и патогенез СФАБ изучены недостаточно. Боли у таких больных обуславливаются амплификацией (т.е. усилением) восприятия боли в коре головного мозга за счет избыточной восходящей афферентной импульсации (в меньшей степени) и (в большей степени) ее недостаточного нисходящего подавления [13]. Полагают, что к возникновению боли в животе у пациентов СФАБ приводит не стимуляция ноцицепторов, а активация «памяти о боли» под действием аффективных и когнитивных влияний [5].

Процессу амплификации болевых ощущений при СФАБ способствует целый ряд факторов. К ним относятся прежде всего нервно-психические стрессы (смерть родителей или супруга, перенесенные операции, в частности, гистерэктомия, и аборт, рождение мертвого ребенка и т.д.). Было показано, что у 17% женщин, перенесших гинекологические операции, в последующем отмечаются боли в животе, отвечающие критериям СФАБ и обусловленные не органическими изменениями, связанными с оперативным вмешательством, а с амплификацией афферентных сигналов с участием когнитивных и эмоциональных факторов [12].

Усилению или рецидивированию) болей могут способствовать даже такие моменты, как годовщина того или иного (чаще всего печального или трагического) события, рождение, уход врача в отпуск и т.д. [15]. У детей с СФАБ по сравнению со здоровыми детьми отмечается более выраженная реакция на проведение стресс-теста, включающего в себя 10-минутную публичную беседу и решение арифметических задач, проявляющаяся тахикардией и изменением миоэлектрической активности желудка в виде тахигастррии [19].

Большое внимание в развитии СФАБ уделяется в зарубежной литературе эпизодам физического или сексуального принуждения [11]. По некоторым данным, они выявляются анамнестически в подростковом возрасте у 64% больных СФАБ, что превышает соответствующие показатели у больных с органическими заболеваниями в 2,8 раза [18]. Наличие таких эпизодов обуславливает стремление больных к последующему частому проведению различных диагностических исследований, их частые обращения к врачу, резистентность к назначаемому лечению. Характерно, что пациентки, как правило, не рассказывают врачу о подобных эпизодах (особенно, если в качестве врача оказывается мужчина) и их выявление требует очень деликатной формулировки соответствующих вопросов.

Определенную роль играет нередко обнаруживаемое у больных СФАБ отсутствие социальной поддержки (в лице семьи, друзей, в виде возможности общения), что может приводить к большей выра-

женности болевых ощущений и худшим результатам лечения [3]. У больных СФАБ часто выявляются депрессия и повышенный уровень тревоги [15], хотя сами пациенты, как правило, отвергают значение психологических факторов или сводят его до минимума. Возможно, как считает крупнейший специалист по психосоматическим аспектам функциональных гастроинтестинальных расстройств D.A. Drossman [2], это связано с тем, что такие больные с детства усвоили: внимание на них будет обращать только в том случае, если они будут рассказывать о симптомах болезни, а не об эмоциональных проблемах.

В патогенезе СФАБ, по-видимому, отсутствуют некоторые звенья, характерные для других функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (в частности, СРК). Так, например, оказалось что висцеральная гиперчувствительность при растяжении прямой кишки, столь характерная для больных СРК, у пациентов с СФАБ отсутствует [10]. Кроме того, в отличие от СРК и ФД, в этиологии и патогенезе СФАБ не принимают участия такие факторы, как характер питания, перенесенная пищевая токсикоинфекция, воспалительные изменения слизистой оболочки кишечника [13].

Клиника и диагностика. При расспросе больных СФАБ удается выявить целый ряд особенностей имеющегося у них болевого синдрома. Боли обычно существуют длительное время (годы), могут локализоваться в различных отделах живота, не связаны с приемом пищи и актом дефекации, нередко бывают постоянными, разлитыми. Боли описываются как очень интенсивные (на предложение охарактеризовать интенсивность боли в баллах по шкале от 1 до 10 больные обычно выбирают 10), с использованием эмоционально окрашенных и образных слов («как будто кто-то крутит ножом в моем животе»).

Больные часто фокусируют всю свою жизнь вокруг этих болей, заявляя, что «если бы не они, то жизнь была бы прекрасной», настаивают на проведении различных диагностических вмешательств и операций [15], высказывают недовольство в адрес врачей, которые их прежде лечили [5]. Нередко больные приходят на прием в сопровождении родителей или супруга, которые часто берут на себя функцию изложения анамнеза заболевания. По мнению некоторых психиатров, это может свидетельствовать о наличии семейных проблем, без разрешения которых вряд ли удастся достичь успеха в лечении.

При объективном исследовании в ряде случаев удается выявить послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке. Ряд авторов обращает внимание на так называемый «симптом закрытых глаз», описанный в 1988 г. D.W.R. Gray и соавт.: при пальпации живота больной с СФАБ закрывает глаза, тогда как с пациент с острыми болями в животе, обусловленными органическими причинами, остается с открытыми глазами, внимательно следя за

врачом и опасаясь усиления болей при проведении исследования [6].

Верификация диагноза СФАБ и проведение дифференциального диагноза остаются в настоящее время в литературе наименее освещенными вопросами. Трудно согласиться с рекомендациями ставить диагноз СФАБ только на основании соответствия клинических симптомов Римским критериям данного заболевания и отсутствия т.н. «симптомов тревоги» (alarm symptoms) или «красных флагов» (red flags), к которым относятся изменения лабораторных показателей (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, положительная реакция кала на скрытую кровь, признаки нарушения функции печени и почек), немотивированная потеря массы тела наличие наследственной предрасположенности к злокачественным опухолям органов пищеварения [13,15]. Все же особенности болевого синдрома при СФАБ являются недостаточно специфичными и могут встречаться у больных с различными органическими заболеваниями. Кроме того, психологические и личностные особенности, свойственные больным с СФАБ, вполне могут встречаться и у пациентов с органическими заболеваниями.

Поэтому диагноз СФАБ, как и диагноз других функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (например, СРК и функциональной диспепсии), должен быть диагнозом исключения. Его правомерно ставить только после тщательного обследования (по крайней мере, первичного), включающего в себя не только лабораторные исследования крови, мочи, кала, но и эхографию органов брюшной полости, эндоскопические (гастродуоденоскопию, колоноскопию) и, при необходимости, рентгенологические методы исследования (в частности, компьютерную томографию).

В тех случаях, когда, несмотря на проводимое у больного с болями в животе обследование, картина заболевания продолжает оставаться неясной, может обсуждаться вопрос о проведении диагностической лапароскопии. Этот метод помогает, в частности, выявить гинекологические заболевания, способные вызывать боли в животе (например, воспалительные изменения органов малого таза), диагностировать опухоли и кисты яичников и др. Выполнение лапароскопии в таких случаях позволяет избежать проведения диагностической лапаротомии. Женщины, страдающие хроническими болями в животе (особенно тазовыми), должны быть проконсультированы гинекологом. По показаниям проводятся также консультации хирурга, уролога, невропатолога, а при необходимости – и других специалистов.

Нужно сказать, что большинство больных с СФАБ приходят к врачу, уже имея на руках результаты многочисленных лабораторных и инструментальных исследований [13], что во многих случаях облегчает постановку диагноза,

Характерные особенности СФАБ, а также трудности его диагностики видны из следующего клини-

ческого наблюдения, с которым автор столкнулся около 10 лет назад.

На амбулаторный прием обратились 15-летняя больная и ее мама, молодая и интересная женщина. Девочка хорошо рисует (один из своих рисунков сразу же подарила доктору), учится в художественной школе.

Год назад, без видимой причины, у неё появились боли в животе без определенной локализации и без четкой связи с приемом пищи, актом дефекации, менструальным циклом, положением тела. Тщательное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включавшее ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, гастро- и колоноскопию, консультацию гинеколога, никаких изменений на выявило. В конце концов больная была госпитализирована в отделение детской хирургии. Без внятно сформулированных показаний и даже без предварительной диагностической лапароскопии, при отсутствии малейших намеков на картину «острого живота» больной была проведена открытая лапаротомия, которая также ничего не дала в плане постановки диагноза.

Оценка жалоб и результатов непосредственного обследования (они оказались нормальными) дала основание заподозрить функциональную природу абдоминальной боли. Удалив из кабинета маму под благовидным предлогом необходимости внесения в регистратуре в амбулаторную карту дополнительных данных, я задал больной вопрос, не изменилось ли что-нибудь в ее жизни за последние годы. Помолчав, девочка ответила, что раньше они жили вдвоем с мамой, но 2 года назад ее мама второй раз вышла замуж, а год назад у нее родился «братик».

Сложившаяся ситуация стала абсолютно понятной с психологической точки зрения. Перераспределение внимания в семье в сторону младшего брата вызвала у девочки с художественным складом личности ответную реакцию на эту (с её точки зрения) «несправедливость» в виде функциональной абдоминальной боли. Очевидно, что своевременный контакт больной и ее мамы с психологом и последующая корректировка поведения взрослых позволили бы избежать последующих ненужных диагностических и лечебных вмешательств.

Несмотря на то, что эта больная оказалась трудной для психологов и психотерапевтов в плане лечения, приведенная история имела счастливый конец, и вытеснение «отрицательной доминанты» из сознания девочки произошло естественным образом. Спустя 2 года автор случайно встретил ее в Царицынском парке, где она вместе с группой сверстников сидела за мольбертом и рисовала дворцы. Рядом с ней был, молодой человек, который был ей, по-видимому, симпатичен. Из разговора с ней выяснилось, что чувствовала она себя хорошо и никаких жалоб у неё не было. Позже она вышла замуж и родила ребенка.

Лечение. К сожалению, приведенный пример представляет собой скорее исключение из правил,

поскольку лечение больных с СФАБ представляет собой трудную задачу и бывает значительно менее эффективным, чем лечение других функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (СРК, ФД). Отмечено при этом, что чем большей у больных была продолжительность жалоб и чем чаще они прежде обращались к врачу, тем хуже в итоге оказываются результаты лечения. Пациенты с СФАБ часто характеризуются завышенными требованиями в отношении результатов лечения, считая, что врач обязательно должен найти истинную причину их жалоб и устранить ее («find and fix») [8].

Хорошо известно, что в лечении любых функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (СРК, ФД и др.) важное место занимает установление правильных взаимоотношений между врачом и пациентов (patient-physician relationship). Но если при лечении СРК и ФД этот фактор дополняется назначением лекарственных препаратов различных групп, то при ведении больных с СФАБ он становится решающим, поскольку эффективных препаратов для лечения этого заболевания по большому счету нет. Установление взаимоотношений между врачом и пациентов включает в себя такие (общие) мероприятия, как образование больных, их переубеждение, преодоление негативизма и повышение ответственности больных за результаты лечения [13].

Образование больных (education) предполагает объяснение им (на доступном уровне) механизмов возникновения у них болевых ощущений, а также анализ факторов, которые способствовали их возникновению или усилению. Правда, обсуждение с больными этого аспекта нередко сталкивается с определенными трудностями.

Выше уже говорилось, что многие больные с СФАБ склонны объяснять свои боли исключительно соматическими причинами и нередко даже малейший намек врача на возможную роль психологических факторов в развитии заболеваний и целесообразность участия психоневролога или психотерапевта (мы обычно даже не говорим – психиатра, учитывая то, как реагируют больные на это слово) приводит к потере контакта врача и больного. Пациент молча, с обиженным видом собирает свои многочисленные выписки с результатами проведенных исследований, и через несколько дней вы можете встретить его сидящим в очереди на консультацию к вашему коллеге.

Переубеждение больных (reassurance) проводится в тех случаях, когда они высказывают опасение о возможности наличия у них серьезных (как правило, онкологических) заболеваний. В таких случаях мы демонстрируем больному результаты проведенных обследований, подробно объясняя, как и почему они исключают органическую природу заболеваний. Необходимость повышения ответственности больных за результаты лечения и преодоления их негативизма возникает в тех случаях, когда пациенты с ходу отвергают любые рекомендации и назначения врача, говоря со скучающим видом, что

все это они уже пробовали без какого-либо эффекта. В таких случаях целесообразно активно вовлекать больного в процесс принятия решения, делать его совместным, на согласованных позициях. Фразу «Я Вам рекомендую...» лучше произносить в следующей редакции: «У нас с Вами есть несколько возможностей продолжения лечения. Давайте вместе выберем тот путь, по которому мы пойдем».

Назначение больным с СФАБ препаратов, обычно применяющихся в гастроэнтерологии (в частности, спазмолитиков или антисекреторных средств), малоэффективно (за исключением случаев сочетания СФАБ с СРК или ФД),

Основное место в медикаментозной терапии больных с СФАБ занимает применение трициклических антидепрессантов (ТЦА) (в частности амитриптилина, доксемина и др.), оказывающих положительный эффект за счет влияния на центральные механизмы регуляции восприятия боли [13]. Они особенно показаны при наличии у больных таких сопутствующих симптомов, как плохое настроение, нарушения сна, снижение работоспособности. Кроме того, имеет значение центральный анальгетический эффект ТЦА. Во избежание побочных эффектов (снижение артериального давления, запоры, задержка жидкости и др.) лечение необходимо начинать с малых доз (25 мг амитриптилина в сутки) с их последующим повышением. С учетом выраженного седативного эффекта ТЦА принимают обычно 1 раз в день в вечернее время, продолжительность лечения составляет 6-12 месяцев.

Серьезной проблемой, связанной с назначением ТЦА больным с СФАБ, является низкая приверженность пациентов к лечению, в результате чего они самостоятельно прерывают прием данных препаратов, часто мотивируя свое решение возникновением побочных эффектов. Однако специально проведенные исследования показали, что речь в таких случаях нередко идет не об истинных побочных эффектах ТЦА, а о проявлениях имеющегося у этих больных психологического дистресса [14].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин, пароксетин, сертралин), а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) (дулоксетин) могут быть рекомендованы больным с СФАБ при наличии сопутствующей тревоги и депрессии. Они более безопасны и переносятся лучше, чем ТЦА. СИОЗС и СИОЗСиН принимаются обычно 1 раз в день утром: флуоксетин в дозе 10-20 мг, сертралин – в дозе 50 мг, дулоксетин – в дозе 30 мг [8, 17]).

Недавно были опубликованы данные о том, что у 50% больных с СФАБ, резистентных к терапии антидепрессантами, оказывается эффективным дополнительное применение атипичного нейрорептика кветиапина, назначаемого в малых дозах (25-100 мг в сутки), уменьшающего чувство тревоги, нормализующего сон и обладающего анальгетическим действием [7].

В лечении больных с СФАБ могут применяться и психотерапевтические методы лечения. В частности, у больных с функциональными заболеваниями ЖКТ (включая пациентов с СФАБ) был продемонстрирован положительный эффект когнитивной терапии, предполагающей выявление у больных неправильных представлений о природе своего заболевания и их последующую коррекцию [4]. Другие психотерапевтические методы (психодинамическая или межличностная терапия, гипнотерапия) специально у больных с СФАБ не применялись, однако высказывается мнение, что их назначение таким пациентам может быть оправданным. Наиболее оптимальным считается направление больных с СФАБ в специализированные мультидисциплинарные центры по лечению больных с рефрактерной хронической болью [1].

Таким образом, как показывает анализ работ, посвященных проблеме СФАБ, лечение таких больных может оказаться успешным лишь в случае тщательно верифицированного диагноза и исключения серьезных органических заболеваний, выявления психо-характерологических особенностей больных и стрессовых факторов, установления правильных взаимоотношений между больным и лечащим врачом, дифференцированной терапии, назначаемой совместно гастроэнтерологом, психиатром или психотерапевтом.

Литература

1. Clouse R.E., Mayer E.A., Aziz Q. et al. Functional abdominal pain syndrome // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol.130. – P.1492-1497.
2. Drossman D.A. The physician-patient relationship // *Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders* (Ed. E. Corazzari). – Milano, 2000. – P.133-139.
3. Drossman D.A., Li Z., Leserman J. et al. Effects on health outcome among female patients with gastrointestinal disorders // *Psychosom. Med.* – 2000. – Vol. 62. – P.309-317.
4. Drossman D.A., Toner B.B., Whitehead W.E. et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. – *Gastroenterology*. – 2003. – Vol.125. – P.19-31.
5. Göke B., Beglinger Ch. *Gastroenterologie systematisch*. – 2. Auflage – Bremen, UNI-MED, 2007. – S.469-473.
6. Gray D.W.R., Dixon J.M., Collin J. The closed-eye sign: an aid to diagnosing nonspecific abdominal pain // *Brit. Med. J.* – 1988. – Vol.237. – P.837.
7. Grover M., Dorn S.D., Weinland S.R. et al. Atypical antipsychotic quetiapine in the management of severe refractory functional gastrointestinal disorders // *Dig. Dis. Sci.* – 2009. – Vol.54. – P.1284-1291.
8. Grover M., Drossman D.A. Functional abdominal pain // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2010. – Vol.12. – P.391-398.
9. Maxton D.G., Whorwell P.J. Use of medical resources and attitudes to health care of patients with "chronic abdominal pain" // *Br.J.Med.Econ.* – 1992. – Vol.2. – P.75-79.
10. Nozu T., Okumura T. Visceral sensation and irritable bowel syndrome with special reference to comparison with functional abdominal pain syndrome // *J.Gastroenterol. Hepatol.* – 2011. – Vol.26. – suppl.3. – P. 122-127.
11. Ringel Y., Drossman D.A., Turkington T.G. et al. Anterior cingulate cortex (ACC) dysfunction in subjects with sexual/physical abuse // *Gastroenterology*. – 2000. – Vol.118. – P.A444.
12. Sperber A.D., Morris G.B., Greemberg L. et al. Development of abdominal pain following gynecological surgery: a prospective controlled study // *Gastroenterology*. – 2008. – Vol.134. – P.75-84.
13. Sperber A.D., Drossman D.A. Review article: the functional abdominal pain syndrome // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2011. – Vol.33. – P.514-524.
14. Thivan S., Drossman D.A., Morris C.B. et al. Not all side effects associated with tricyclic antidepressant therapy are true side effects // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2009. – Vol.7. – P.446-451.
15. Thompson W.G. and the Working Team for Functional Bowel Disorders. Functional bowel disorders and functional abdominal pain // *The Functional Gastrointestinal Disorders* (Ed. D.A. Drossman). – Boston – New York – Toronto – London, 1994. – P.115-173.
16. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain // *Gut*. – 1999. – suppl. II. – P.II43-II47.
17. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain // *Rome II. The functional gastrointestinal disorders* (Ed. D.Drossman). – 2. Edition. – 2000. – P.351-432.
18. Walker E.A., Katon W.J., Harrop-Griffiths J. et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse // *Am.J.Psychiatry*. – 1988. – Vol.145. – P.75-80.
19. Weimer K., Gulevitsch M.D., Schlarb A.A., Enck P. Stress reactivity in children with functional abdominal pain and healthy controls // *Neurogastroenterology & Motility* – 2012. – Vol.24. – suppl.2. – P72.

Синдром функциональной абдоминальной боли

А.А. Шентулин

Синдром функциональной абдоминальной боли (СФАБ) представляет собой самостоятельную форму функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, при которой боли в животе не связаны с приемом пищи, нарушениями дефекации, менструальным циклом. Основным патофизиологическим фактором при СФАБ служит амплификация восприятия боли в коре головного мозга. Лечение СФАБ включает в себя установление правильных взаимоотношений между врачом и пациентом, применение трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и психотерапевтических методов.

Синдром функціонального абдомінального болю.

А.А. Шентулін

Синдром функціональної абдомінальної болю (СФАБ) являє собою самостійну форму функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту, при якій болі в животі не пов'язані з прийомом їжі, порушеннями дефекації, менструальним циклом. Основним патофізіологічним фактором при СФАБ служить ампліфікація

сприйняття болю в корі головного мозку. Лікування СФАБ включає в себе встановлення правильних взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, застосування трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та психотерапевтичних методів.

Functional abdominal pain syndrome

A.A. Sheptulin

Functional abdominal pain syndrome (FABS) is a separate form of functional gastrointestinal diseases, in which abdominal pain is not associated with food intake, change of defecation or menstrual periods. The main pathophysiological factor of FABS is the amplification of pain perception in brain cortex. The treatment of FABS includes the establishment of correct patient-physician relationship, the use of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and psychotherapeutic methods.