

Руководителям органов управления
здравоохранения и учреждений
здравоохранения муниципальных
образований Краснодарского края

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА,
ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ СИНДРОМОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Функциональная диспепсия

Функциональная диспепсия - это симптомокомплекс, включающий в себя боли, дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанное или не связанное с приемом пищи или физическими Упражнениями, раннее насыщение, отрыжку, срыгивание, тошноту, вздутие живота (но не изжогу) и другие проявления, не связанные с дефекацией. При этом в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание.

Синонимы: дискинезия желудка, раздраженный желудок, невроз желудка, неязвенная диспепсия, псевдоязвенный синдром, эссенциальная диспепсия, идиопатическая диспепсия, эпигастральный дистресс-синдром.

Код в МКБ-10: КЗО Диспепсия

Эпидемиология. Частота функциональной диспепсии у детей 4-18 лет варьирует от 3,5 до 27% в зависимости от страны, где проводили эпидемиологические исследования. Среди взрослого населения Европы и Северной Америки функциональная диспепсия встречается в 30-40% случаях у женщин - в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Согласно Римским критериям III (2006), в качестве вариантов функциональной диспепсии выделяют *постпрандиальный дистресс-синдром* и *синдром абдоминальной боли*. При первом преобладают диспептические явления, при втором - боль в животе. В то же время диагностика вариантов функциональной диспепсии у детей затруднена и поэтому не рекомендована вследствие того, что в детском возрасте часто невозможно различить понятия «дискомфорт» и «боль». Преимущественной локализацией боли у детей является околопупочная область или треугольник, имеющий основанием правую реберную дугу, а вершиной - пупочное кольцо.

Этиология и патогенез. В качестве этиопатогенетических (провоцирующих) могут рассматриваться алиментарные (нарушение диеты и режима питания) и нервно-психические факторы (травмирующее психосоциальное воздействие, вегетативная дисфункция), а также прием некоторых лекарственных препаратов (НПВС, глюкокортикоиды), паразитарная инвазия, пищевая аллергия. Значение *H. pylori* и гиперсекреции соляной кислоты в генезе функциональной диспепсии не определено. Учитывая противоречивость данных о роли *H. pylori*, большинство авторов приходят к выводу о возможности участия инфекции *H. pylori* в возникновении диспепсии. Основные патофизиологические механизмы при функциональной диспепсии - это возникновение висцеральной гиперчувствительности: (прежде всего снижение порога чувствительности желудка к растяжению)' и нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие расстройства нейрогуморальной регуляции, а также определенные личностные особенности и особенности трансформаций периферических импульсов в ЦНС. К возможным вариантам нарушения

моторики желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с функциональной диспепсией относят: замедление эвакуаторной функции желудка; нарушение гастродуоденальной координации, способствующее появлению дуоденогастрального рефлюкса; расстройства релаксационной аккомодации желудка, вызывающие нарушение распределения пищи в желудке; нарушение циклической активности желудка в межпищеварительном периоде - желудочная аритмия (тахигастрия, брадигастрия, антральная фибрилляция), дуоденогастральный рефлюкс.

Диагностические критерии (Римские критерии III, 2006) должны включать *все* из следующего:

- персистирующая или рецидивирующая боль или дискомфорт в верхних отделах живота (выше пупка или в околопупочной области);
- симптомы не связанные с дефекацией и с изменением частоты и/или формы стула;
- отсутствуют воспалительные, метаболические, анатомические или неопластические изменения, которые могли бы объяснить имеющуюся симптоматику; в то же время наличие минимальных признаков хронического воспаления по результатам гистологического исследования биоптатов слизистой желудка не препятствует диагностике функциональной диспепсии;
- симптомы наблюдаются как минимум 1 раз в неделю в течение 2 мес. и более при общей длительности наблюдения за пациентом не менее 6 мес.

Клиническая картина. Для пациентов с функциональной диспепсией характерны те же клинические особенности, которые наблюдаются при всех вариантах функциональных нарушений : полиморфизм жалоб, многообразие вегетативных и неврологических нарушений, высокая обращаемость к врачам разных специальностей, несоответствие между длительностью заболевания, многообразием жалоб и удовлетворительным внешним видом и физическим развитием больных, отсутствие прогрессирования симптоматики, связь с приемом пищи, погрешностью в диете и/или с психотравмирующей ситуацией, отсутствие клинических проявлений в ночное время, отсутствие симптомов тревоги. По сути, функциональная диспепсия - один из вариантов психосоматической патологии, соматизация психологического (эмоционального) конфликта. Основные клинические проявления: боль или неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие натощак или в ночные часы, купируемые приемом пищи или антацидами; дискомфорт в верхней части живота, раннее насыщение, чувство переполнения и тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота, снижение аппетита.

Диагностика. Функциональная диспепсия - это *диагноз исключения*, который возможен лишь после исключения органической патологии, для чего используют комплекс лабораторных и инструментальных методик, применяемых при исследовании ЖКТ в соответствии с проводимым дифференциальным диагнозом, а также неврологическое обследование и изучение психологического статуса пациента.

Лабораторная диагностика: общий и биохимический (АлАТ, АсАТ, билирубин, амилаза, глюкоза, ГГТ, ЩФ, креатинин) анализы крови, общий анализ мочи, копрограмма, паразитологическое и бактериологическое исследования кала.

Инструментальная диагностика. Обязательные исследования: ЭГДС и УЗИ органов брюшной полости. Обследование на инфицирование *H. pylori* (двумя методами) можно считать целесообразным только в тех случаях, когда эрадикационная терапия регламентирована действующими стандартами (Маастрихт III, 2000).

Дополнительные исследования: электрогастрография, разные модификации рН-метрии, импедансометрия желудка, рентгеноконтрастные методики (пассаж контраста) и др.

Обязательными являются консультация невропатолога, оценка вегетативного статуса, консультация психолога (в ряде случаев - психиатра).

При инструментальном обследовании обнаруживают моторные нарушения гастродуоденальной зоны и признаки висцеральной гиперчувствительности слизистой оболочки желудка. Учитывая значительно более низкую у детей по сравнению со взрослыми пациентами вероятность серьезных органических заболеваний гастродуоденальной зоны, проявляющихся симптомами функциональной диспепсии, Комитет экспертов по изучению функциональных заболеваний исключил ЭГДС из обязательных методов обследования при первичной диагностике функциональной диспепсии в детском возрасте. Эндоскопическое обследование показано при сохранении симптоматики, упорной дисфагии, отсутствии эффекта назначенной терапии в течение года или при возобновлении симптомов после отмены терапии, а также при появлении симптомов тревоги, отягощенной по язвенной болезни и онкопатологии желудка наследственности. С другой стороны, более высокая частота органической гастродуоденальной патологии у детей, особенно подросткового возраста, в России делает целесообразным сохранение ЭГДС в разделе обязательных методов исследования, особенно при положительном результате обследования на наличие инфицирования *H. pylori* по данным неинвазивных тестов (дыхательный хелик-тест).

Дифференциальный диагноз. Дифференциальную диагностику проводят со всеми формами органической диспепсии: ГЭРБ, хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью, желчнокаменной болезнью, хроническим панкреатитом, опухолями ЖКТ, болезнью Крона, а также с СРК. *Симптомы тревоги*, или «красные флаги», включающие функциональную диспепсию и свидетельствующие о высокой вероятности органической патологии: сохранение симптомов в ночное время, задержка роста, немотивированная потеря массы тела, лихорадка и боли в суставах, лимфаденопатия, частые однотипные эпигастральные боли, иррадиация болей, отягощенная наследственность по язвенной болезни, повторная рвота, рвота с примесью крови или мелена, дисфагия, гепатоспленомегалия, любые изменения в общем и/или биохимическом анализе крови.

Лечение. Стационарное или амбулаторное лечение. Основой терапии является *немедикаментозное лечение*: ликвидация провоцирующих факторов, изменение образа жизни пациента, в том числе режима дня, физической активности, пищевого поведения, диетических пристрастий; использование различных вариантов *психотерапии* с возможной коррекцией психотравмирующих ситуаций в семье и детском коллективе. Необходимы разработка индивидуализированной *диеты* с исключением непереносимых продуктов на основе анализа пищевого дневника в соответствии с пищевым стереотипом больного и ведущим клиническим синдромом, физиотерапевтические методы лечения. Показан частый (до 5-6 раз в день) прием пищи небольшими порциями с исключением жирных блюд, газированных напитков, копченостей и острых приправ, рыбных и грибных бульонов, ржаного хлеба, свежей выпечки, кофе, ограничением сладостей.

При неэффективности перечисленных мероприятий назначают *медикаментозное лечение*. При доказанной гиперацидности используют невсасывающиеся антациды (Маалокс, Фосфалюгель, Рутацид, Гастал и др. реже - селективные М-холинолитики. В исключительных случаях при отсутствии эффекта проводимой терапии возможно назначение короткого курса антисекреторных препаратов : блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов группы фамотидина (Квамател, Фамосан, ульфамид) или ранитидина (Зантак, Ранисан и др.), а также ингибиторов H^+,K^+ АТФазы: омепразол, рабепразол и их производные. При превалировании диспептических явлений назначают прокинетики - домперидон (Мотилиум), спазмолитики различных групп, в том числе холинолитики (Бускопан, препараты белладонны). Показана консультация психотерапевта. Вопрос о целесообразности эрадикации *H. pylori* решают индивидуально.

Патогенетически оправдано назначение вазотропных препаратов (Винпоцетин), ноотропов (Фенибут, Ноотропил, Пантогам), препаратов комплексного действия (Инстенон, Глицин, Мексидол), седативных препаратов растительного происхождения (Новопассит, пустырник, валериана, настойка пиона и др.). В случае необходимости, в зависимости от выявленных у пациента аффективных нарушений, совместно с психоневрологом назначают психофармакотерапию.

Пациенты с функциональной диспепсией наблюдаются гастроэнтерологом и психоневрологом с периодическим повторным пересмотром имеющейся симптоматики.

Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника - комплекс функциональных кишечных нарушений, который включает в себя боль или дискомфорт в животе, связанные с актом дефекации, изменением частоты дефекаций или изменениями характера стула, обычно в сочетании с метеоризмом, при отсутствии морфологических изменений, которыми можно было бы объяснить существующую симптоматику.

Синонимы: слизистый колит, спастический колит, невроз толстой кишки, спастический запор, функциональная колопатия, спастическая толстая кишка, слизистая колика, нервная диарея и др.

Код в МКБ-10:

K58 Синдром раздраженного кишечника

K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей

K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи

Эпидемиология. Частота СРК варьирует в популяции от 9 до 48% в зависимости от географического положения, стереотипа питания и санитарной культуры населения. Соотношение частоты СРК у девушек и юношей 2-3:1. В странах Западной Европы СРК диагностируют у 6% учеников младшей школы и у 14% школьников старших классов.

В соответствии с Римскими критериями III (2006), в зависимости от характера стула выделяют: СРК с запором, СРК с диареей, СРК смешанного типа и неспецифический СРК.

Этиология и патогенез. СРК в полной мере присущи все те этиологические факторы и патогенетические механизмы, которые свойственны функциональным нарушениям. В качестве основных этиопатогенетических (провоцирующих) факторов СРК могут выступать инфекционные агенты, интолерантность к определенным видам пищи, нарушение режима питания, психотравмирующие ситуации. СРК определяют как биопсихосоциальную функциональную патологию. СРК - это нарушение регуляции акта дефекации и моторной функции кишки, которая у больных с наличием висцеральной гиперчувствительности и определенными личностными особенностями становится критическим органом психической дезадаптации. У больных с СРК обнаружены изменение содержания нейромедиаторов на пути следования болевого импульса, а также увеличение частоты сигналов, поступающих с периферии, что увеличивает интенсивность болевых ощущений. У пациентов с диарейным вариантом заболевания обнаружено увеличение количества энтерохромаффинных клеток в стенке кишки, в том числе в течение года после перенесенной кишечной инфекции, с чем может быть связано формирование постинфекционного СРК. В ряде исследований было показано, что у больных с СРК возможно генетически обусловленное нарушение цитокинового баланса в сторону увеличения выработки провоспалительных и снижения выработки противовоспалительных цитокинов, в связи с чем формируется чрезмерно сильный и длительный воспалительный ответ на инфекционный агент. При СРК происходит нарушение транспорта газа по кишке; задержка эвакуации газа на фоне висцеральной гиперчувствительности приводит к развитию метеоризма. Патогенез этих нарушений на сегодняшний день не выяснен.

Диагностические критерии СРК для детей (Римские критерии III, 2006) должны включать *все* из следующего:

Появившиеся в последние 6 месяцев или ранее и рецидивирующие не реже 1 раза в неделю на протяжении 2 мес. или более до установления диагноза

рецидивирующая боль в животе или дискомфорт, связанные с двумя или более перечисленными ниже условиями:

I. Наличие по меньшей мере на протяжении 2 мес. за предшествующие 6 месяцев абдоминального дискомфорта (неприятные ощущения, не описываемые как боль) или боли, ассоциированных с двумя или более из следующих симптомов на протяжении по меньшей мере 25% времени:

- облегчение после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением характера стула (оценка по Бристольской шкале - 1, 2, 5, 6, 7).

II. Отсутствуют признаки воспаления, анатомические, метаболические или неопластические изменения, которые могли бы объяснить имеющиеся симптомы. При этом допускается наличие минимальных признаков хронического воспаления по результатам эндоскопической (или гистологического) исследования толстой кишки, особенно после перенесенной острой кишечной инфекции (постинфекционный СРК). Симптомы, кумулятивно подтверждающие диагноз СРК:

- патологическая частота стула: 4 раза в день или более и 2 раза в неделю или менее;
- патологическая форма кала: комками/плотный или жидкий/водянистый;
- патологический пассаж каловых масс: избыточное натуживание, тенезмы, императивные позывы, чувство неполного опорожнения;
- избыточное слизеотделение;
- вздутие живота и чувство распирания.

Клиническая картина. Больным с СРК присущи также внекишечные проявления. Основные клинические проявления заболевания - боли в животе, метеоризм и дисфункция кишечника, характерные и для органической патологии ЖКТ, при СРК имеют определенные особенности.

Боль в животе варьируется по интенсивности и локализации, носит непрерывно рецидивирующий характер, сочетается с метеоризмом и флатуленцией, уменьшается после дефекации или отхождения газов. *Метеоризм* не выражен в утренние часы, нарастает в течение дня, непостоянен и обычно связан с погрешностью в диете. Кишечная дисфункция при СРК непостоянна, чаще проявляется чередованием запоров и поносов, полифекалия отсутствует (дефекация учащена, но объем разовой дефекации небольшой, разжижение стула происходит за счет снижения реабсорбции воды при ускоренном пассаже, в связи с чем больной с СРК не теряет массу тела). Особенности *диареи* при СРК: жидкий стул 2-4 раза только в утреннее время, после завтрака, на фоне психотравмирующей ситуации, императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника. При *запорах* обычно наблюдаются «овечий» кал, стул в виде «карандаша», а также пробкообразный стул (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации с последующим отделением

кашицеобразного или водянистого стула без патологических примесей). Такие нарушения Дефекации связаны с особенностями изменений моторики толстой кишки при СРК по типу сегментирующего гиперкинеза с преобладанием спастического компонента и вторичными нарушениями микробиоценоза. Характерно значительное количество *слизи* в каловых массах.

СРК часто сочетается с органическими или функциональными заболеваниями других отделов ЖКТ; симптомы СРК могут наблюдаться при гинекологической патологии у девочек, эндокринной патологии, патологии позвоночника. *Негастроэнтерологические проявления СРК*: головная боль, ощущение внутренней дрожи, боль в спине, ощущение нехватки воздуха - соответствуют симптомам нейроциркуляторной дисфункции и могут выходить на первый план, обуславливая значимое снижение качества жизни.

Диагностика. СРК - это *диагноз исключения*, который ставят лишь по еле всестороннего обследования больного и исключения органической патологии, для чего используют комплекс лабораторных и инструментальных методик, применяемых при исследовании ЖКТ в соответствии с объемами дифференциального диагноза. Необходим тщательный анализ анамнестических данных с выявлением психотравмирующего фактора. В то же время у детей с функциональными нарушениями, особенно с СРК, рекомендовано максимально избегать инвазивных методов обследования. Диагноз СРК может быть поставлен при условии соответствия клинической симптоматики Римским критериям, отсутствии симптомов тревоги, признаков органической патологии по данным физикального обследования, соответствующем возрасту физического развития ребенка, наличии триггерных факторов по данным анамнеза, а также при определенных особенностях психологического статуса и анамнестических указаниях на психотравму.

Лабораторная диагностика. *Обязательные исследования*: общий и биохимический (АлАТ, АсАТ, билирубин, амилаза, глюкоза, ГГТ, ЩФ, креатинин) анализы крови, общий анализ мочи, копрограмма, паразитологическое и бактериологическое исследования кала, исследование кала на скрытую кровь, водородный дыхательный тест для исключения мальабсорбции углеводов, определение маркеров целиакии, серологическое исследование крови с диагностикумами кишечных инфекций.

Дополнительные исследования: определение эластазы-1 в кале, фекального кальпротектина, иммунологических маркеров ХВЗК (антител к цитоплазме нейтрофилов - ANCA, характерных для НЯК, и антител к грибам *Saccharomyces cerevisiae* - ASCA, характерных для болезни Крона), общего и специфических IgE по спектру пищевых аллергенов, уровня ВИП, иммунограмма.

Инструментальная диагностика. *Обязательные исследования*: ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, ректосигмоскопия или колоноскопия.

Дополнительные исследования: оценка состояния центральной и вегетативной нервной системы, УЗИ почек и малого таза, колодинамическое исследование,

эндосонография внутреннего сфинктера, рентгеноконтрастное исследование кишечника (ирригография, пассаж контраста по показаниям), доплеровское исследование и ангиография сосудов брюшной полости (для исключения интестинальной ишемии, стеноза чревного ствола), сфинктерометрия, электромиография, сцинтиграфия и др.

Консультации специалистов. Обязательны консультации невролога, психолога (в ряде случаев - психиатра), проктолога. Дополнительно больной может быть осмотрен гинекологом (для девочек), эндокринологом, ортопедом.

Дифференциальный диагноз проводят с кишечными инфекциями, паразитозами, различными вариантами синдрома мальабсорбции, пищевой аллергией, эндокринной патологией (гипертиреоз), опухолями ЖКТ (в том числе нейроэндокринными), ХВЗК, аномалиями фиксации толстой кишки (синдром Пайра), дивертикулезом, туберкулезом, амилоидозом кишечника, ААД, интестинальной ишемией, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, гинекологической патологией (эндометриоз) > психопатологическими состояниями, а также учитывают возможное влияние ятрогенных факторов (прием слабительных, препаратов железа, препаратов желчных кислот, препаратов для снижения массы тела, особенно у девочек). *Симптомы тревоги*, или «красные флаги», исключающие СРК и свидетельствующие о высокой вероятности органической патологии, аналогичны таковым при всех функциональных нарушениях, кроме того учитывают наличие крови в стуле (гематохезия), упорную диарею, постоянное увеличение живота, отягощенную по онкопатологии кишечника наследственность.

Лечение. Стационарное или амбулаторное лечение. Основой терапии является **немедикаментозное лечение**, аналогичное таковому при функциональной диспепсии. Необходимо успокоить ребенка и родителей, разъяснить особенности заболевания и возможные причины его формирования, выявить и устранить возможные причины кишечной симптоматики. Важно изменить образ жизни пациента (режим дня, пищевое поведение, физическую активность, диетические пристрастия), нормализовать психоэмоциональное состояние, устранить психотравмирующие ситуации, ограничить школьные и внешкольные нагрузки, применить различные варианты психотерапевтической коррекции, создать комфортные условия для дефекации и т.д. Необходимы диагностика и терапия сопутствующей патологии.

Диету формируют индивидуально, исходя из результатов анализа пищевого дневника больного, индивидуальной переносимости продуктов и стереотипа питания семьи, так как значимые диетические ограничения могут быть дополнительным психотравмирующим фактором. Исключают острые приправы, продукты, богатые эфирными маслами, кофе, сырые овощи и фрукты, газированные напитки, бобовые, цитрусовые, шоколад, продукты, вызывающие метеоризм (бобовые, белокачанная капуста, чеснок, виноград, изюм, квас), ограничивают молоко. При СРК с преобладанием диареи рекомендуют механически

и химически щадящие диеты, продукты, содержащие мало соединительной ткани: отварное мясо, нежирную рыбу, кисели, безмолочные каши, отварные овощи, макаронные изделия, творог, паровые омлеты, неострый сыр. Диета при СРК с запором соответствует таковой при функциональном запоре, однако ограничивает употребление продуктов, содержащих грубую клетчатку.

В числе немедикаментозных методов используют массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы лечения, фито-, бальнео- и рефлексотерапию с седативным действием. В случае неэффективности перечисленных мероприятий в зависимости от ведущего синдрома СРК назначают **медикаментозное лечение**.

При *болевым* синдроме и для коррекции моторных нарушений (с учетом преобладания спазма и гиперкинеза) назначают миотропные спазмолитики (дротаверин, папаверин), холинолитики (Риабал, Бускопан, Метеоспазмил, препараты белладонны), селективные блокаторы кальциевых каналов гладкой мускулатуры кишечника - топические кишечные нормализаторы (Дицетел, мебеверин - Дюспаталин, Спазмомен), стимуляторы энкефалиновых рецепторов - тримебутин (Тримедат). В случае *диареи* применяют энтеросорбенты, вяжущие и обволакивающие средства (Смекта, Фильтрум, Полифепан, Лигносорб и другие производные лигнина, аттапульгит (Неоинтестопан), Энтеросгель, холестерамин, кора дуба, танин, плоды черники, черемухи). Кроме того, проводят коррекцию, вторично возникающих при СРК изменений микробиоценоза кишечника с этапным использованием кишечных антисептиков (Интетрикс, Эрсефурил, фуразолидон, Энтероседив, нифурател - Макмирор), пре- и пробиотиков (Энтерол, Бактисубтил, Хилак форте, Бифиформ, Линекс, Биовестин, Лактофлор, Примадофилус и др.), продуктов функционального питания на основе пре- и пробиотиков. Также целесообразно назначение препаратов панкреатических ферментов (Креон, Мезим форте, Панцитрат и др.). Антидиарейные средства (лоперамид) могут быть рекомендованы в исключительных случаях коротким курсом у пациентов не моложе 6 лет. Для купирования *метеоризма* применяют производные симетикона (Эспумизан, Саб симплекс, Дисфлатил), а также комбинированные препараты с комплексным действием (Метеоспазмил - спазмолитик+симетикон, Юниэнзим с МПС - фермент+сорбент+симетикон, Панкреофлат - фермент+симетикон).

Целесообразно назначение вазотропных препаратов, ноотропов, препаратов комплексного действия, седативных средств растительного происхождения. Характер психотерапии, проводимой при необходимости совместно с психоневрологом, зависит от выявленных у пациента аффективных нарушений.

Пациенты с СРК наблюдаются гастроэнтерологом и психоневрологом с периодическим повторным пересмотром имеющейся симптоматики.

Абдоминальная мигрень

Абдоминальная мигрень - приступообразная интенсивная боль диффузного характера (преимущественно в околопупочной области), сопровождающаяся тошнотой, рвотой, диареей, анорексией в сочетании с головной болью,

фотофобией, побледнением и похолоданием конечностей и другими вегетативными проявлениями длительностью от нескольких часов до нескольких суток, чередующаяся со светлыми промежутками длительностью от нескольких дней до нескольких месяцев.

Код в МКБ10: R10 Боли в области живота и таза

Абдоминальная мигрень наблюдается у 1-4% детей, чаще у девочек (соотношение девочек к мальчикам составляет 3:2). Наиболее часто заболевание манифестирует в 7 лет, пик заболеваемости - в 10-12 лет.

Диагностические критерии должны включать *все* из следующего:

- пароксизмальные эпизоды интенсивной боли в околопупочной области продолжительностью около 1 ч и более;
- светлые промежутки полного здоровья, длящиеся от нескольких недель до нескольких месяцев;
- боль нарушает нормальную повседневную активность;
- боль ассоциирована с двумя или более симптомами из следующих: анорексия, тошнота, рвота, головная боль, фотофобия, бледность;
- отсутствуют доказательства анатомических, метаболических или неопластических изменений, которые могли бы объяснить наблюдающиеся симптомы.

При абдоминальной мигрени в течение 1 года должно быть *не менее 2 приступов*. Дополнительными критериями являются отягощенная наследственность по мигрени и плохая переносимость транспорта.

Диагностика. Абдоминальная мигрень - *диагноз исключения*. Проводят комплексное обследование, чтобы исключить органические заболевания ЦНС (прежде всего эпилепсию), психические заболевания, органическую патологию ЖКТ, острую хирургическую патологию, патологию мочевой системы, системные заболевания соединительной ткани, пищевую аллергию. В комплекс обследования должны быть включены все методики эндоскопического исследования, УЗИ органов брюшной полости, почек, малого таза, ЭЭГ, доплеровское исследование сосудов головы, шеи и брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости и рентгеноконтрастные методики (ирригография, пассаж контраста), дополнительно при неясном диагнозе используют спиральную КТ или МРТ головы и брюшной полости, лапароскопическую диагностику. Помощь в диагностике могут оказать характерные для мигрени провоцирующие и сопровождающие факторы, молодой возраст, терапевтический эффект проти-вомигренозных препаратов, увеличение скорости линейного кровотока в брюшной аорте при доплеровском исследовании (особенно во время пароксизма). В психологическом статусе пациентов преобладают тревога, Депрессия и соматизация психологических проблем.

Дифференциальный диагноз проводят с острой хирургической патологией (кишечная непроходимость различного генеза, перфорация полого органа),

эпилепсией, паразитарной инвазией, органической патологией ЖКТ (рецидивирующий панкреатит, патология желчевыводящих путей), интестинальной ишемией, обструктивной уропатией (мочекаменная болезнь), порфириями, периодической болезнью.

Лечение. Рекомендованы применение методик биопсихологической коррекции, нормализация режима дня, достаточный сон, ограничение нагрузок, путешествий, длительного голодания, исключение психотравмирующих факторов, ограничение яркого и мерцающего света (просмотр телепередач, работа за компьютером). Необходимо регулярное питание с исключением из рациона шоколада, орехов, какао, цитрусовых, томат сельдерея, сыров, пива (продуктов, содержащих тирамин). Рекомендованы рациональные физические нагрузки, лыжные прогулки, плавание, гимнастика. При возникновении приступа ребенок должен быть осмотрен хирургом. После исключения острой хирургической патологии у детей старше 14 лет можно использовать противомигренозные препараты (Мигренол Имигран, Зомиг, Релакс), НПВС (ибупрофен - 10-15 мг/кг/сут. в 3 приема, парацетамол), комбинированные препараты (Баралгин, Спазган) . Также рекомендуют назначение прокинетики (домперидон), дигидроэрготамина в виде назального спрея (по 1 дозе в каждую ноздрю), 0,2% раствора (по 5-20 капель) или таблеток-ретард (1 табл. - 2,5 мг) внутрь, 0,1% раствора в/м или п/к (0,25-0,5 мл).

Функциональная абдоминальная боль

Функциональная абдоминальная боль (H2d) - абдоминальная боль, которая носит характер колик, неопределенный разлитой характер, отсутствуют объективные причины боли. Часто сочетается с беспокойством, депрессией, соматизацией.

Код в МКБ-10: R10 Боли в области живота и таза

Частота функциональной абдоминальной боли у детей 4-18 лет (по данным гастроэнтерологических отделений) составляет 0-7,5%, чаще наблюдается у девочек.

Этиопатогенез неясен, формирование у пациентов с функциональной абдоминальной болью висцеральной гиперчувствительности кишечника не доказано. Предполагают наличие неадекватного восприятия болевых импульсов и недостаточности антиноцицептивной регуляции. Непосредственным триггерным фактором обычно является психотравма.

Диагностические критерии должны включать *все* из следующего:

- эпизодическая или продолжительная абдоминальная боль;
- отсутствуют признаки других функциональных нарушений;
- отсутствует связь боли с приемом пищи, дефекацией и др., нет нарушений стула;
- при обследовании не выявляются признаки органической патологии;

- не менее 25% времени приступа болей наблюдается сочетание боли со снижением повседневной активности, другими соматическими проявлениями (головная боль, боль в конечностях, нарушение сна);
 - выраженность симптоматики снижается при отвлечении пациента, нарастает во время осмотра;
 - субъективная оценка симптоматики и эмоциональное описание боли не совпадают с объективными данными;
 - требование множества диагностических процедур, поиски «хорошего врача»;
- симптомы появляются не реже 1 раза в неделю на протяжении не менее 2 мес, предшествовавших установлению диагноза. Боль обычно сочетается с тревогой, депрессией и соматизацией психологических проблем.

Диагностика. Объем лабораторных и инструментальных исследований зависит от особенностей болевого синдрома и соответствует таковому и СРК . Необходимы консультации психолога (психиатра), невролога, хирурга, гинеколога.

Дифференциальный диагноз проводят с хирургической патологией (кишечная непроходимость различного генеза, врожденные аномалии ЖКТ), паразитарной инвазией, органической патологией ЖКТ, интестинальной ишемией, обструктивной уropатией (мочекаменная болезнь), периодической болезнью, гинекологической патологией.

Лечение. Основа терапии - психологическая коррекция, различные варианты психотерапии, выявление и устранение причинных факторов. В плане медикаментозной терапии иногда возможно применение трициклических антидепрессантов, использование чередующихся курсов топических кишечных спазмолитиков и эукинетиков (Дицетел, Тримедат, Дюспаталин).

Главный внештатный детский
гастроэнтеролог министерства
здравоохранения Краснодарского края

О.В.Долбнева