

## РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Тина Бордий

Рецидивирующая и хроническая боль в животе – частая проблема в педиатрической практике. На ее долю приходится каждое десятое обращение за медицинской помощью [1].

В отличие от острой боли в животе, которая чаще всего вызвана какими-то заболеваниями, при хронической и рецидивирующей абдоминальной боли почти в 90% случаев никакой патологии не находят. Отсутствие ответа на вопрос, почему у ребенка болит живот, беспокоит родителей, заставляет их снова и снова обращаться к врачам, которые, в свою очередь, назначают повторные обследования все с тем же нулевым результатом. Без четкого диагноза лечение не назначается или, наоборот, лечат сразу «против всего».

Другой, более характерный для нас вариант, – объяснение боли какой-либо патологией, наличие которой не было должным образом подтверждено или наличие которой не обязательно сопровождается болью. Отсюда у нас такое огромное количество детей, страдающих хроническим гастритом и гастродуоденитом, ДЖВП, лактазной недостаточностью, а также такими несуществующими болезнями как «реактивный панкреатит» и «дисбактериоз кишечника», получающих различные ненужные препараты и диетические ограничения, но уверенных, что у них «хроническое заболевание», от которого они никогда не избавятся.

За последние 20 лет понимание проблемы рецидивирующей и хронической боли в животе существенно изменилось, что неизбежно повлекло за собой изменение диагностических и тактических подходов. Если ранее считалось, что боль в животе обязательно должна иметь какую-то органическую причину, и ее нужно во что бы то ни стало найти и устранить, то теперь концепция хронической боли в животе предполагает, что в подавляющем большинстве случаев она носит функциональный характер. Врач первичного звена может диагностировать функциональное гастро-интестинальное расстройство (ФГИР), основываясь лишь на клинических симптомах и минимуме малоинвазивных исследований, и уже при первом визите начать лечение [2].

### Определение

В настоящее время хронической или рецидивирующей считают боль в животе, которая возникает, по меньшей мере, 4 раза в месяц в течение как минимум 2 месяцев [2]. Как правило, предъявлять жалобы на боли в животе дети начинают с 6–7 лет, т. е. в том возрасте, когда ребенок может точно описать свои ощущения, но иногда раньше. До этого возраста дети испытывают трудности с разграничением эмоционального стресса и физической боли.

Как уже упоминалось, хроническая и рецидивирующая боль в животе может быть либо функциональной, либо органической, т. е. вызванной каким-либо заболеванием (язвенная болезнь, Нр-ассоциированный гастрит, целиакия, воспалительные заболевания кишечника, хронический холецистит и т. д.). В одном исследовании, проведенном в Норвегии, среди детей с болью в животе 87% соответствовали диагностическим критериям для 1 или более ФГИР при первом визите [3]. Среди пациентов с установленным диагнозом ФГИР лишь в 1–2% случаев со временем диагностируется какое-либо органическое заболевание. Воспалительные заболевания кишечника у детей встречаются с частотой примерно 1:1000 [4]. Целиакия встречается у 1 из 150 детей, но в большинстве случаев она протекает бессимптомно [5].

**Табл. 1. Римские критерии для ФГИР, ассоциированных с абдоминальной болью, у детей [17]**

<b>Функциональная диспепсия (ФД)</b>
<p>Наличие 1 или более из следующих навязчивых симптомов, по меньшей мере, 4 раза в месяц в течение как минимум 2 месяцев до постановки диагноза:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ощущение переполнения желудка после еды</li><li>2. Раннее насыщение</li><li>3. Эпигастральная боль или жжение, не связанные с дефекацией</li><li>4. После соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим медицинским состоянием</li></ol>
<p>Внутри диагноза ФД теперь выделяют следующие подтипы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Постпрандиальный дистресс-синдром, включающий навязчивое чувство переполнения желудка или раннего насыщения, препятствующие окончанию обычного приема пищи. Поддерживающие признаки: вздутие в верхней части живота, тошнота после еды или чрезмерная отрыжка</li><li>2. Синдром эпигастральной боли включает в себя все следующее: навязчивая (достаточно серьезная, чтобы мешать нормальной деятельности) боль или жжение в эпигастрии. Боль не генерализуется и не локализуется в других областях брюшной полости или грудной клетки, а также не уменьшается после дефекации или отхождения газов. К поддерживающим критериям можно отнести: а) жгучий характер боли, но без ретростернального компонента и б) боль обычно вызывается или облегчается приемом пищи, но может возникать и во время голодания.</li></ol>
<b>Синдром раздраженного кишечника (СРК)</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Боль в животе не менее 4 дней в месяц, по меньшей мере, 2 месяца, связанная с 1 или более из следующего:<ol style="list-style-type: none"><li>а. Связана с дефекацией</li><li>б. Изменение частоты стула</li><li>с. Изменение формы (внешнего вида) стула</li></ol></li><li>2. У детей с запором боль не проходит при разрешении запоров (дети, у которых устраняется боль, имеют функциональный запор, а не СРК)</li><li>3. После соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим медицинским состоянием</li></ol> <p>Критерии определяются не менее чем за 2 месяца до постановки диагноза</p>
<b>Абдоминальная мигрень</b>
<p>Наличие всех следующих критериев, отмечавшихся, по крайней мере, 2 раза:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Пароксизмальные эпизоды интенсивной острой абдоминальной боли (периумбиликальной, по средней линии живота или диффузной) длительностью 1 час и более (это должно быть самым тяжелым и тревожным симптомом)</li><li>2. Интервалы между эпизодами составляют недели и месяцы</li><li>3. Боль «выводит из строя» и нарушает нормальную деятельность</li><li>4. Стереотипная картина и симптомы у отдельного пациента</li><li>5. Боль связана с 2 или более из следующего:<ol style="list-style-type: none"><li>а. Анорексия</li><li>б. Тошнота</li><li>в. Рвота</li><li>г. Головная боль</li><li>д. Светобоязнь</li><li>е. Бледность</li></ol></li><li>6. После соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим медицинским состоянием</li></ol> <p>Критерии отмечаются в течение как минимум 6 месяцев до постановки диагноза</p>
<b>Функциональная боль в животе – не классифицированная иначе</b>
<p>Наличие всего из следующего не менее 4 раз в месяц:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Эпизодическая или непрерывная боль в животе, которая возникает не только во время физиологических событий (например, при еде, менструации)</li><li>2. Недостаточные критерии для СРК, ФД или абдоминальной мигрени</li><li>3. После соответствующей оценки боль в животе не может быть полностью объяснена другим заболеванием</li></ol> <p>Критерии определяются не менее чем за 2 месяца до постановки диагноза</p>
<b>Функциональный запор</b>
<p>Наличие 2 или более из следующего, по крайней мере, 1 раз в неделю в течение как минимум 1 месяца с недостаточными критериями для диагностики СРК:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 2 или менее дефекации в туалете за неделю у ребенка с возрастом развития не менее 4 лет</li><li>2. Не менее 1 эпизода недержания кала в неделю</li><li>3. Указания в анамнезе на произвольное задерживание дефекации (постурального или путем чрезмерного волевого усилия) ребенком</li><li>4. Болезненные или затрудненные дефекации в анамнезе</li><li>5. Наличие крупных фекальных масс в прямой кишке</li><li>6. Указание в анамнезе на большой диаметр каловых масс, что затрудняет дефекацию</li><li>7. После соответствующей оценки симптомы не могут быть полностью объяснены другим медицинским состоянием</li></ol>

Исследования последних 25 лет показали, что хроническая боль в животе может быть вызвана как сенсбилизацией первичных висцеральных афферентных нервов к давлению и растяжению (первичная гипералгезия), так и усилением болевых сигналов в неспецифических системах возбуждения глубоких структур мозга (вторичная гипералгезия) [6]. Когда болевой импульс в ретикулярной формации достаточно силен, болевые сигналы воспринимаются сенсорной корой в передне-средней части поясной извилины (лимбическая система). У лиц со здоровой психикой и уверенных в себе сигналы от лобных долей мозга могут уменьшить передачу боли от ретикулярной формации к сенсорной коре. И, наоборот, при негативном опыте прошлых болевых ощущений, неуверенности, ожидании боли, тревоге и депрессии импульсы из лобных долей могут усиливать болевые сигналы и повышать восприятие боли в сенсорной коре. Поэтому у неуверенных в себе детей, у детей, испытывающих стресс, а также имеющих сопутствующие психические расстройства, боль в животе может быть действительно страданием, вызывающим нарушение повседневной деятельности.

Несмотря на наличие доказательств того, что пищевые продукты, инфекция, воспаление, нарушения кишечной проницаемости и микробиома способствуют возникновению различных симптомов, в купировании боли или тошноты при ФГИР более эффективными оказываются мероприятия, направленные на ЦНС, чем действующие вне мозга. Исследования показали, что гипноз [7], когнитивно-поведенческая терапия [8] и циталопрам [9] у детей были эффективнее прокинетики цизаприда и тегасерода, ингибитора желудочной секреции фамотидина или антибиотика, подавляющего избыточный бактериальный рост, рифаксимины [10] при синдроме раздраженного кишечника (СРК).

Усиление боли при ФГИР может быть связано с неверным прогнозом или катастрофизацией, когда ребенок считает, что его болезнь тяжелая и безнадежная. В таких случаях пациенты могут преувеличивать симптомы и полагать, что они не смогут с ними справиться [11]. Формирование уверенности в себе и убеждение, что ребенок может помочь себе сам, может быть важным фактором в разрешении симптомов.

Как показывают исследования, предрасполагать к появлению хронической и рецидивирующей боли в животе могут острые болевые ощущения, перенесенные в раннем детстве. Например, такое безобидное мероприятие, как постановка назогастрального зонда для аспирации желудочного содержимого в роддоме, было связано с двукратным увеличением частоты госпитализаций, связанных с болью в животе, в течение первых 10 лет жизни детей [12].

Другими известными стрессовыми ситуациями раннего детства, связанными с развитием ФГИР, являются гиперчувствительность к белку коровьего молока, пилоростеноз, инфекции мочевых путей [13], васкулит Шенляйн–Геноха, операция по поводу пупочной грыжи [14].

После перенесенного острого бактериального гастроэнтерита функциональная абдоминальная боль появляется примерно у 30% детей [15].

Риск функциональной боли в животе повышен у детей, родители которых страдают от хронической боли. Наконец, функциональная абдоминальная боль может возникать вместе с органической патологией.

Например, у подростка с болезнью Крона может иметь место и СРК, когда, несмотря на гистологическую ремиссию болезни Крона, пациент все еще может страдать от боли в животе, связанной с диареей, которая облегчается дефекацией.

Таким образом, современные представления о хронической боли в животе основаны на биопсихосоциальной модели, в рамках которой признается, что на симптомы могут влиять болезни, психологические расстройства, проблемы развития, социальные факторы, генетика и функциональные нарушения. В отличие от господствовавшего ранее традиционного дуалистического подхода, который подразумевает, что если нет органического заболевания, то боль является мнимой, биопсихосоциальная модель объединяет взаимодействия между разумом и телом в понимание человека в целом.

Отличить детей, у которых хроническая абдоминальная боль не связана с серьезным заболеванием, можно уже на этапе сбора анамнеза и физикального исследования. Так, если эпизоды боли длятся менее 5 минут, то даже если это происходит много раз в день, вряд ли стоит беспокоиться.

Боли в животе, продолжающиеся всего несколько минут, могут быть вызваны тоническими мышечными сокращениями или высокоамплитудными пропульсивными сокращениями толстой кишки [16].

## Табл. 2. Симптомы тревоги и симптомы, требующие проведения дополнительных исследований\*

Боль, локализованная в правом верхнем или правом нижнем квадранте живота
Боль, заставляющая просыпаться ночью
Кровь в кале
Потеря веса
Задержка роста и полового созревания
Одинофагия
Дисфагия
Постоянная рвота
Воспалительные заболевания кишечника или целиакия в семейном анамнезе
Лихорадка
Артрит
Перианальные заболевания: трещины, свищи, акрохордоны
Ночная диарея

\* DiLorenzo C, Hyams JS, Saps M, et al. Functional disorders: child adolescent. In: Drossman DA, ed. Rome IV. The Functional Gastrointestinal Disorders. Raleigh NC: Rome Foundation; 2016.

Высокоамплитудные пропульсивные сокращения толстой кишки являются нормальными, они вызывают позыв на дефекацию, длящийся около 2 минут несколько раз в день. Дети, чувствительные к своим внутренним ощущениям, или дети, которые сдерживают дефекацию, могут испытывать в это время боль в животе.

Кроме того, следует оценить локализацию боли. Чем ближе место болезненности к пупку, тем меньше вероятность наличия заболевания.

И в-третьих, нужно обратить внимание на время возникновения жалоб на боль. Дети с функциональной болью в животе часто жалуются либо при пробуждении, либо во время отхода ко сну, но при этом они относительно бессимптомны в течение дня. Дело в том, что в периоды сразу после сна или перед сном дети чаще прислушиваются к своему телу, к своим ощущениям, тогда как дневная активность отвлекает их от этого занятия.

Далее следует выяснить, является ли боль постоянной или периодической. Постоянная боль не связана с физиологическими явлениями, такими как прием пищи или дефекация, и, вероятно, обусловлена влияниями центральной нервной системы. Если боль появляется и проходит, нужно спросить, как часто это происходит, как долго длятся эпизоды и каким образом на боль влияют приемы пищи, дефекация и физические упражнения.

Боль, усиливающаяся после еды, может быть обусловлена растяжением желудка (функциональная диспепсия) или повышением гастроколического рефлекса в толстой кишке. Если боль уменьшается после дефекации, то вероятным диагнозом может быть СРК. Если боль усиливается при физической нагрузке, а прием пищи и дефекация не оказывают никакого эффекта, то она может быть связана с брюшной стенкой, а не с желудочно-кишечным трактом. Если боль не связана ни с едой, ни с дефекацией, ни с физической нагрузкой, ни с каким-либо другим физиологическим явлением, то это называют «ничем не обусловленной (ни с чем не связанной) функциональной болью в животе».

Далее следует расспросить пациента о том, что он делает для того, чтобы уменьшить боль: принимает лекарства, ест или, наоборот, отказывается от каких-то продуктов, отдыхает или использует какие-то отвлекающие факторы. Важно также выяснить, что именно усиливает боль, в том числе конкретные продукты питания, физические упражнения, напряжение при учебе, буллинг, семейные стрессоры (например, психологическое или физическое насилие в семье или разлука с любимым человеком из-за смерти или отъезда).

Внешний вид пациента помогает оценить степень дистресса во время обследования. Те, кто страдает от хронической боли, могут казаться вполне благополучными, но когда их спрашивают, они оценивают свою боль как 8 или 9 из 10. Клиницисты никогда не должны подвергать сомнению оценку боли пациентом, потому что хроническая боль фенотипически отличается от острой, и скепсис врача по поводу жалоб пациента может нарушить терапевтический альянс. Пациент с острым животом выглядит больным, страдающим, с тахикардией, подтянутыми к животу коленями и гримасой на лице. Пациент, страдающий хронической болью, может выглядеть грустным, но редко производит впечатление действительно больного. Подросток может заявить: «Никто не верит, что мне больно, потому что я выгляжу нормально». Чтобы не разрушать доверие пациента, врач может сказать: «Мне жаль, что Вы чувствуете столько боли, но, может быть, я смогу помочь».

### Функциональные гастро-интестинальные расстройства

Большинство случаев боли в животе связано с одним или несколькими ФГИР. В современной гастроэнтерологии функциональные расстройства определяются диагностическими критериями на основе симптомов. Римские критерии 4-го пересмотра для ФГИР с абдоминальной болью у детей перечислены в табл. 1 [17].

Исследования валидации показали, что критерии, основанные на симптомах, обладают достаточной диагностической ценностью [18]. Важным преимуществом диагностических критериев на основе симптомов является то, что клиницист может прийти к диагнозу при первом же визите, успокоить пациента и предложить варианты лечения. Второе преимущество – это снижение затрат на лабораторные тесты и эндоскопию [19]. Клиницист может объяснить, что симптомы пациента соответствуют ФГИР, но если они не улучшатся при лечении, появятся новые симптомы или симптомы изменят свой характер, всегда можно дообследоваться.

Дополнительные методы обследования показаны, в первую очередь, пациентам с симптомами тревоги, указывающими на возможность органической патологии (табл. 2).

Если опасные симптомы отсутствуют, дополнительное обследование может понадобиться при отсутствии эффекта от назначенной терапии в течение месяца. При этом тестирование должно быть ограничено и сосредоточено на исключении конкретного диагноза.

Наконец, обследование может потребоваться для успокоения родителей. Хотя, с другой стороны, каждый отрицательный результат может укреплять убеждение родителей в том, что что-то упускается.

## Дифференциальная диагностика

### Школьная фобия и сепарационная тревога

Эмоциональный стресс может вызывать физические симптомы. Школьная фобия и сепарационная тревога – два психологических расстройства, которые наиболее часто встречаются у детей с хронической болью в животе. При школьной фобии симптомы наиболее выражены по утрам перед школой и уменьшаются в течение дня. В выходные дни симптомы могут отсутствовать. Клиницист должен спросить о буллинге и оценить академическую и социальную компетентность пациента. Как только источник стресса идентифицируется, им можно управлять.

Сепарационная тревога (или тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой) представляет собой тревожное расстройство среднего детства (пик начала между 7 и 9 годами), которое характеризуется неустранимым и преувеличенным страхом перед разлукой с домом или людьми, по отношению к которым ребенок имеет сильную эмоциональную привязанность. Желудочно-кишечные симптомы в виде периаумбиликальной боли, тошноты и рвоты усиливаются, когда ребенок понимает, что разлука неизбежна. Риск возникновения или обострения сепарационной тревоги повышается в ситуациях, связанных с

потерями (например, переезд в новый дом или переход в новую школу, развод или смерть члена семьи), при стрессах вследствие академических проблем и сложных отношений со сверстниками, а также при гиперопеке в семье. Дети с сепарационной тревогой могут проявлять симптомы и отказываться ходить в школу, лагерь или проводить время вдали от своей основной фигуры привязанности. Многие случаи разрешаются с помощью простых вмешательств со стороны педиатров при использовании подхода к реабилитации, ориентированного на 3 цели: 1) уменьшение страха и уклонение от разлуки, 2) увеличение участия ребенка в соответствующих возрасту мероприятиях и 3) перефокусирование внимания на компетентное поведение ребенка (участие в школьной деятельности, помогая другим) [20].

Главным при школьной фобии и сепарационной тревоге является помочь ребенку научиться позитивным методам преодоления страха. Родители или опекуны должны получить четкие инструкции от врача о том, как вернуть ребенка в школу. Чем дольше ребенок находится вне школы, тем труднее становится возвращение.

### **Функциональный запор**

Иногда симптомы СРК с запорами и функционального запора накладываются. У многих пациентов может быть боль в животе и запор. Если пациент говорит, что запор беспокоит его больше, чем боль, то диагноз – функциональный запор. Если же боль является доминирующей особенностью болезни, то диагноз – СРК с запорами.

### **Боль брюшной стенки**

Приблизительно у 1 из 30 детей с жалобами на боль в животе имеет место боль брюшной стенки. Хроническую боль брюшной стенки часто путают с висцеральной болью. При боли брюшной стенки боль связана с движениями, но не с приемом пищи или дефекацией. Упражнения на растяжку, наклоны и повороты туловища могут вызвать боль. Тест Карнетта позволяет отличить синдром защемления переднего кожного нерва от висцеральной боли [21].

### **Целиакия и непереносимость глютена без целиакии**

Целиакия встречается примерно у 1 из 150–180 человек, хотя соотношение симптоматических и бессимптомных пациентов составляет 1:7. Наиболее распространенной жалобой при целиакии у детей является боль в животе [22]. Серологический скрининг на целиакию является оправданным у многих детей с болью в животе. У пациентов с ФГИР целиакия встречается чаще, чем в общей популяции.

Некоторые пациенты сообщают о гастроинтестинальных и/или внекишечных симптомах, которые проходят при соблюдении безглютеновой диеты. При этом лабораторных данных в пользу целиакии или аллергии на пшеницу у них нет. Это состояние было названо непереносимостью глютена без целиакии. Клинический ответ на безглютеновую диету может быть вызван различными механизмами, в том числе эффектом плацебо, сокращением употребления FODMAP-углеводов и снижением чувствительности к глютену. Таким образом, подходить к диагнозу непереносимости глютена без целиакии следует с осторожностью и не основываться на краткосрочном улучшении симптомов на безглютеновой диете.

### **Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori***

Язвенная болезнь редко встречается в детском возрасте, примерно у 1 из 2000 детей. Язвы могут проявляться болями в животе, хотя в 50% случаев они манифестируют уже осложнениями в виде кровотечения, обструкции или перфорации.

Инфекция *H. pylori* является наиболее распространенной бактериальной инфекцией во всем мире. *H. pylori* ассоциируется с острым и хроническим гастритом, язвенной болезнью 12-перстной кишки и повышенным риском развития рака желудка. Определение антигенов *H. pylori* в кале обладает 95% чувствительностью для диагностики. Эрадикация инфекции путем приема антибиотиков и ингибитора протонной помпы имеет смысл, однако *H. pylori* может быть случайной находкой у пациентов с функциональной абдоминальной болью, и эрадикация не приведет к уменьшению боли. Существуют основанные на доказательствах руководства по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* у детей [23].

### **Лактазная недостаточность**

Нарушение всасывания углеводов вызывает боль в животе из-за растяжения стенки толстой кишки, которое, в свою очередь, вызвано увеличением объема кишечного содержимого из-за присутствия в нем нерасщепленных углеводов, обладающих осмотическим эффектом, и повышенного газообразования вследствие ферментации углеводов толстокишечной микрофлорой. У представителей многих этнических групп (всех, кроме северных европейцев) может развиваться относительный дефицит лактазы в конце первого или второго десятилетия. Если употребление молока вызывает боль и диарею, а его заменители, такие, например, как соевое молоко, не вызывают симптомов, лактазная недостаточность вероятна. Подтвердить дефицит лактазы можно с помощью дыхательного теста с нагрузкой лактозой.

### Недостаточность сахаразы

Менее распространенным, чем дефицит лактазы, в позднем детстве является врожденная недостаточность сахаразы, которая может вызвать боль и другие симптомы, неотличимые от СРК [24]. Недостаточность сахаразы диагностируется при помощи дыхательного нагрузочного теста с сахарозой.

Мальабсорбция фруктозы встречается реже, чем лактазная недостаточность, и тоже является причиной диареи и метеоризма [25]. Для диагностики используют дыхательный нагрузочный тест с фруктозой.

### Дискинезия желчевыводящих путей

В западных странах заболевание диагностируется по трем критериям: хроническая боль в верхней части живота, замедленная экскреция радионуклида при исследовании опорожнения желчного пузыря и отсутствие желчных камней.

Тем не менее, хроническая и рецидивирующая боль в животе отличается от желчной колики – интенсивной эпизодической боли, необходимой для диагностики билиарной дискинезии у взрослых. Нет доказательств того, что результаты сканирования ЖВП с помощью иминодиуксусной кислоты (HIDA) являются достоверными и надежными для диагностики ДЖВП у детей. В исследованиях по ДЖВП у детей для диагностики дискинезии использовались симптомы, соответствующие функциональной диспепсии. Лидеры педиатрических гастроэнтерологических сообществ подчеркивают, что клиницисты должны избегать скрининга на ДЖВП у детей и вместо этого рассматривать хроническую и рецидивирующую боль в верхней части живота или тошноту как диспепсию.

## Лечение функциональной боли в животе

Лечение боли в животе зависит от знаний и стиля клинициста, предпочтений пациента/родителей и имеющихся возможностей. Врач должен установить терапевтический союз с семьей, прежде чем семья примет диагноз на основе симптомов и согласится приостановить поиски болезней. Лечение ФГИР всегда должно включать в себя успокоение (утешение), эмпатию и образование. Дети и семьи должны быть уверены, что врач считает, что боль реальна. Клиницист объясняет, что у детей боль в животе без заболевания встречается чаще, чем боль в животе вследствие заболевания, и часто психотерапевтические методики оказываются более эффективными. Главной задачей лечения является не столько полное избавление от боли, сколько возвращение ребенка в школу и привычную социальную среду.

### Образование

Поставить диагноз на основе симптомов и дать ясное объяснение симптомов, как правило, достаточно, чтобы уменьшить озвученные и невысказанные страхи, вызвавшие визит. Пациенты и семьи хотят знать ответы на 4 вопроса: Что не так? Это опасно? Это пройдет? Что мы можем с этим сделать? Клиницист должен четко изложить ответы на каждый вопрос. Однако в клинике гастроэнтерологии лишь 9% семей удовлетворены четким диагнозом [26].

### Изменения в питании

Иногда пациенты связывают боль с употреблением конкретных продуктов (жареная пища, красные соусы, молоко). В таких случаях рекомендуется отказаться от их приема. Нет никаких доказательств, что диеты без лактозы, глютена, гистамина или углекислоты, а также увеличение потребления жидкости, применение пребиотиков оказывают влияние на боль при ФГИР. Пробиотики, как правило, тоже неэффективны при боли в животе с двумя исключениями в исследованиях у взрослых. Пробиотики VSL #3 [27] и Lactobacillus

GG [28] могут быть эффективными в некоторых случаях боли в животе, связанной со вздутием и диареей. Употребление клетчатки в большинстве случаев не помогает.

При СРК, как показывают исследования, типичные симптомы – понос, запоры, метеоризм – могут уменьшаться при диете с низким содержанием FODMAP-углеводов [29]. FODMAP-углеводы включают фруктозу (фрукты, мед), лактозу (молочные продукты), фруктаны (пшеница, чеснок, лук, инулин), галактаны (бобовые) и полиолы (изомальт, маннит, сорбит, ксилит, косточковые плоды, такие как авокадо, абрикосы, вишни, нектарины, персики, сливы). Кроме того, для лечения СРК одобрено применение двух пищевых добавок – масла перечной мяты [30] и иммуноглобулина бычьей сыворотки [31].

### Медикаментозная терапия

Ингибиторы протонного насоса и антагонисты рецепторов к гистамину-2 назначают чаще всего, несмотря на то, что показатели контроля симптомов ФГИР для них сравнимы с плацебо. Обоснованием назначения кислотосупрессии может быть безопасность этих лекарств и необходимость избавить пациентов от беспокойства, что боль вызвана эзофагитом, гастритом, дуоденитом или язвенной болезнью. В исследовании, где эффективным лечением функциональной диспепсии считали полное симптоматическое облегчение после 4 недель лечения, омепразол превосходил ранитидин, фамотидин и циметидин [32].

Препараты, которые являются основой лечения острой боли, включая абдоминальную мигрень, не должны использоваться для хронических и рецидивирующих болей в животе.

Аспирин, ибупрофен и другие НПВС не должны назначаться при боли в животе, поскольку они могут нарушать барьерные свойства слизистой оболочки желудка и вызывать гастрит и язвы.

Недавний систематический обзор педиатрических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований лекарственных средств для функциональной боли в животе [33] выявил 8 исследований, небольшое количество участников исследования и множество ограничений и предвзятостей. Мета-анализы показывают, что трициклические антидепрессанты и ингибиторы обратного захвата серотонина эффективны для взрослых с абдоминальной болью в животе. Данные, поддерживающие антихолинергические и спазмолитические препараты, менее надежны. В целом, качество доказательств фармакологической терапии у детей с хронической или рецидивирующей болью в животе от низкого до очень низкого.

В рандомизированных клинических испытаниях эффект плацебо для функциональной боли в животе обычно составляет около 40% [34]. Для некоторых клиницистов, которые отслеживают эффективность назначенного лечения, 40%-ный показатель может способствовать продолжению назначения препаратов, которые по существу не лучше, чем плацебо [35].

### Психотерапия

Как показал недавний обзор, гипноз и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) были более эффективными, чем плацебо при боли в животе у детей [36]. Однако проблемой является ограниченный доступ к службам психического здоровья и небольшое число компетентных специалистов. Идентификация симптомов, вызывающих стресс, и устранение таких стрессоров может стать ключом к успешному лечению.

Что касается таких вмешательств как иглоукалывание или йога, то доказательств их эффективности для облегчения боли в животе недостаточно.

## Заключение

- Научные данные убедительно доказывают, что большинство хронических и рецидивирующих болей в животе у детей и подростков (~90%) функциональные, и это означает, что симптомы не вымышлены, но обнаружить заболевание, как правило, не удается.
- Диагностические критерии на основе симптомов позволяют провести диагностику функциональной боли в животе у детей и подростков. Для большинства детей, которые отвечают диагностическим критериям функционального расстройства и не имеют симптомов опасности (потеря веса, лихорадка, кровь в стуле и др.), никакие другие исследования не являются необходимыми или желательными.
- Из-за очень небольшого числа проспективных рандомизированных контролируемых исследований у детей нет общепринятого безопасного и эффективного лечения ФГИР, ассоциированных с абдоминальной болью.



- Клиницисты должны периодически переоценивать состояние ребенка на предмет появления симптомов опасности и при необходимости проводить повторное исследование.

Полный перечень литературы находится в редакции.