Дискуссии

© ШЕПТУЛИН А.А., 2021

Шептулин А.А.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЦЕНТРАЛЬНО-ОПОСРЕДОВАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ — НУЖДАЕТСЯ ЛИ ОН В ИЗМЕНЕНИЯХ? ПО МАТЕРИАЛАМ РИМСКИХ КРИТЕРИЕВ IV ПЕРЕСМОТРА

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, Россия

В статье обсуждается алгоритм диагностики синдрома центрально-опосредованной абдоминальной боли (СЦАБ), прежде именованного синдромом функциональной абдоминальной боли, содержащийся в Римских критериях IV пересмотра (2016). Рекомендация постановки диагноза СЦАБ главным образом на основании соответствия имеющихся у больных признаков разработанным диагностическим критериям при минимуме дополнительных лабораторных исследований подвергается критике, поскольку подобный подход чреват возможными ошибками. Автор рассматривает диагноз СЦАБ как «диагноз исключения», который может быть поставлен только после тщательного обследования больных с применением лабораторных и инструментальных методов исследования (включая ультразвуковые и эндоскопические), подтверждающих отсутствие у больных органических заболеваний.

Ключевые слова: синдром центрально-опосредованной абдоминальной боли; диагностика; дифференциальный диагноз.

Для цитирования: Шептулин А.А. Алгоритм диагностики синдрома центрально-опосредованной абдоминальной боли — нуждается ли он в изменениях? По материалам Римских критериев IV пересмотра. *Клиническая медицина*. 2021;99(7–8): 465–468. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-7-8-465-468>

Для корреспонденции: Шептулин Аркадий Александрович — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии e-mail: arkalshep@g.mail.com

Sheptulin A.A.

DIAGNOSTIC ALGORITHM OF CENTRALLY MEDIATED ABDOMINAL PAIN SYNDROME — DOES IT NEED CHANGES?

ACCORDING TO THE MATERIALS OF ROME IV CRITERIA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 119991 Moscow, Russia

The article discusses the algorithm for diagnosing of centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS), formerly called functional abdominal pain syndrome, contained in the Rome Criteria of the IV revision (2016). Recommendations for the diagnosis of CAPS, mainly based on the compliance of the signs available in patients with the developed diagnostic criteria with a minimum of additional laboratory tests, are criticized, since such an approach is fraught with possible errors. The author considers the diagnosis of CAPS as a “diagnosis of exclusion”, which can be made only after a thorough examination of patients using laboratory and instrumental research methods (including ultrasound and endoscopic), confirming the absence of organic diseases in patients.

Keywords: centrally mediated abdominal pain syndrome; diagnostics; differential diagnosis.

For citation: Sheptulin A.A. Diagnostic algorithm of centrally mediated abdominal pain syndrome — does it need changes? According to the materials of Rome IV Criteria. *Klinicheskaya meditsina*. 2021;99(7–8):465–468. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-7-8-465-468>

For correspondence: Arkady A. Sheptulin — MD, PhD, DSc, prof.; e-mail: arkalshep@g.mail.com

Conflict of interests. The author declares no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 20.06.2021

До недавнего времени среди различных функциональных заболеваний органов пищеварения выделялся и синдром функциональной абдоминальной боли (functional abdominal pain syndrome) [1]. В 2016 г., когда принимались новые Римские критерии (ПК) IV пересмотра, было предложено вместо названия «функциональные желудочно-кишечные расстройства» (functional

gastrointestinal disorders) использовать термин «нарушения взаимодействия оси “головной мозг–кишечник”» (disorders of gut-brain interaction) [2]. При этом синдром функциональной абдоминальной боли стал именоваться синдромом центрально-опосредованной абдоминальной боли (centrally mediated abdominal pain syndrome) [3]. Ниже представлены диагностические критерии синдро-

ма центрально-опосредованной абдоминальной боли (СЦАБ).

Диагностические критерии синдрома центрально-опосредованной абдоминальной боли [3]

Должны присутствовать все нижеперечисленные признаки.

- Постоянная или почти постоянная боль в животе.
- Отсутствие (или случайные эпизоды) связи боли с физиологическими процессами (например, еда, дефекация или менструации).
- Боль ограничивает повседневную активность.
- Отсутствует симуляция боли.
- Боль нельзя объяснить другими органическими или функциональными желудочно-кишечными расстройствами или другими заболеваниями.

А) Критерии заболевания должны отмечаться последние 3 мес. при общей продолжительности симптомов не менее 6 мес. до постановки диагноза.

Б) В типичных случаях СЦАБ ассоциируется с психическими расстройствами при отсутствии их специфического профиля, который мог бы быть использован для постановки диагноза.

С) Могут наблюдаться невыраженные нарушения функций желудочно-кишечного тракта.

Д) Нарушения повседневной активности могут включать в себя снижение работоспособности, расстройства в интимной сфере и социальной жизни, нарушения досуга, трудности семейной жизни, снижение уровня заботы о себе или окружающих.

Авторы подчеркивают, что имеющиеся при СЦАБ жалобы (как и при других функциональных гастроэнтерологических заболеваниях) нельзя объяснить органическими причинами. Кроме того, у этих больных могут наблюдаться такие симптомы, как фибромиалгия, синдром хронической усталости. Распространенность СЦАБ среди населения составляет 0,5–2,1%, причем заболевание встречается у женщин в 1,5–2 раза чаще, чем у мужчин, а возрастной пик приходится на четвертую декаду жизни (35–44 года). Центральное место в патогенезе СЦАБ занимает амплификация (усиление) восприятия боли в коре головного мозга за счет избыточной восходящей афферентной импульсации и (в большей степени) ее недостаточного нисходящего подавления [3].

Основное внимание в РК IV пересмотра, относящихся к СЦАБ, уделяется постановке диагноза данного заболевания. Подчеркивается важная роль тщательного сбора анамнеза и оценки особенностей болевого синдрома, приведенных в диагностических критериях. Боль нередко занимает значительную область живота и часто описывается пациентами в очень эмоциональных фразах. При этом указывается, что снижение повседневной активности может быть очень выраженным и не позволяет больным ходить на работу, посещать школу, осуществлять социальные функции.

При сборе анамнеза обращается внимание на особенности поведения больных, связанных с наличием абдоминальной боли. К ним авторы относят оценку пациентами интенсивности боли с использованием различных вербальных и невербальных методов, просьбы больных о проведении широкого круга диагностических исследований, ограниченную личную ответственность за самолечение, минимизацию пациентами потенциальной роли психосоциальных факторов, частое обращение за медицинской помощью, заострение больными внимания на необходимости полного купирования имеющихся симптомов, просьбы о назначении наркотических анальгетиков. При этом авторы отмечают, что приведенные особенности имеют невысокую чувствительность и специфичность и скромное диагностическое значение, поскольку могут встречаться и у больных с органическими заболеваниями [3].

Важное место в оценке анамнеза отводится психосоциальным особенностям пациентов. Подчеркивается, что у больных СЦАБ нет стабильного психологического профиля, однако их личностные черты могут влиять на результаты лечения. При этом многие пациенты отвечают критериям сопутствующих психопатологических расстройств, демонстрируя повышенный уровень тревоги, депрессии и соматизации, но, в отличие от больных, у которых данные расстройства являются первичным, пациенты с СЦАБ не склонны признавать, что эти нарушения способны участвовать в возникновении у них клинических симптомов.

У больных СЦАБ часто выявляются невосполнимые потери (например, смерть родителей), а также эпизоды физического насилия или сексуального принуждения. Эти факторы, по мнению авторов РК IV пересмотра, также не имеют диагностического значения, но могут объяснить выраженность клинических симптомов и часто являются предиктором неэффективности лечения. При расспросе больного врачу рекомендуется выяснить, как пациент понимает развитие своего заболевания, были ли в анамнезе психотравмирующие события, что заставило больного обратиться за медицинской помощью, как боль влияет на качество жизни и какую роль играет семья в жизни больного [3].

Непосредственное исследование обычно не дает возможности установить диагноз СЦАБ, но позволяет исключить его при выявлении каких-либо изменений (например, увеличении печени, обнаружении объемного образования в брюшной полости) [4].

По мнению авторов РК IV пересмотра, инструментальные исследования для исключения других заболеваний должны проводиться больным с подозрением на СЦАБ лишь при наличии у них «симптомов тревоги» («красных флагов»), свойственных органическим заболеваниям. При отсутствии «симптомов тревоги» следует проводить минимальное обследование пациентов, включающее в себя самые простые лабораторные методы для исключения воспаления или признаков желудочно-кишечного кровотечения (общий анализ крови, реакция кала на скрытую кровь) [3].

В РК IV пересмотра предлагается следующий алгоритм постановки диагноза СЦАБ.

Если к врачу обращается пациент с постоянной или почти постоянной болью в животе, которая отмечается в течение последних 3 мес. при общей продолжительности заболевания не менее 6 мес., не ассоциирована с системными заболеваниями и сопровождается ограничением повседневной активности (включая трудоспособность и социальную активность), то следующим этапом диагностики является поиск «симптомов тревоги» при сборе анамнеза и непосредственном обследовании. При их обнаружении проводится соответствующее обследование для верификации органического заболевания.

При отсутствии «симптомов тревоги» уточняется связь боли в животе с нарушениями функции кишечника, приемом пищи или менструальным циклом. При подтверждении таковой рассматривается возможность наличия у больного синдрома раздраженного кишечника, функциональной диспепсии (синдром эпигастральной боли), других функциональных гастроэнтерологических заболеваний или органических заболеваний (включая гинекологические).

Если упомянутая связь боли с физиологическими процессами отсутствует, то исключается симулирование или пристрастие к наркотикам (drug-seeking behavior). Для этого больной направляется к специалисту-психиатру. При выявлении наркомании или симуляции применяется соответствующая программа ведения больных. При отсутствии признаков симулирования и пристрастия к наркотикам ставится диагноз синдрома центральной-опосредованной абдоминальной боли.

Оценивая представленный алгоритм постановки диагноза СЦАБ, коснемся вначале значения обнаружения «симптомов тревоги». Как известно, к ним относятся наличие крови в стуле, немотивированное похудание, наследственная предрасположенность (например, по колоректальному раку), выявление анемии или повышения СОЭ и др.

Действительно, обнаружение «симптомов тревоги» свидетельствует об органической природе заболевания, но важно то, что их отсутствие ее отнюдь не исключает. Как показал систематический обзор и метаанализ 205 исследований, включавших 119 443 больных колоректальным раком, большинство «симптомов тревоги» (за исключением ректальных кровотечений с выделением темно-красной крови, а также пальпируемой в животе опухоли) имеют низкую чувствительность [13, 14]. У 50–60% больных с колоректальным раком в начальный период заболевания «симптомы тревоги» отсутствуют [15].

Безусловно, серьезным недостатком приведенного выше алгоритма является отсутствие перечня лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для постановки диагноза СЦАБ. Симптомы СЦАБ, как и других функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (функциональной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника и др.), неспецифичны, поэтому их диагноз является «диагнозом исключения», предполагающим подтверждение отсутствия у больного

различных органических заболеваний, что невозможно сделать без широкого круга лабораторных и инструментальных исследований.

Сказанное в полной мере относится и к диагнозу СЦАБ. В 2007 г. в Германии под грифом «Серия клинических учебников», специально издаваемых для практических врачей, вышло 2-е издание монографии В. Göke и С. Beglinger «Систематическая гастроэнтерология» (Gastroenterologie systematisch) [8]. Помимо сбора анамнеза и непосредственного обследования, для постановки диагноза синдрома функциональной абдоминальной боли (прежнее название СЦАБ) рекомендуются развернутый клинический и биохимический анализы крови, анализ кала на скрытую кровь, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, гастродуоденоскопия, илеоколоноскопия, рентгенологическое исследование тонкой кишки, компьютерная и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, психологическое и психиатрическое обследование.

При проведении дифференциального диагноза подчеркивается необходимость исключения в первую очередь опухолей органов брюшной полости, язвенных и стенозирующих поражений желудочно-кишечного тракта, рецидивирующего дивертикулита, хронического панкреатита, холецисто- и холедохолитиаза, порфирии, мигрени, психических заболеваний (в частности, соматоформных расстройств и депрессии) [8].

К чему приводит постановка диагноза функциональных гастроэнтерологических расстройств без должного обследования видно из приводимого ниже клинического примера.

В летний период поступающие в нашу клинику больные делятся главным образом на две категории: с одной стороны, это бывают сложные и не очень понятные пациенты, с другой стороны, ими оказываются больные с ярко выраженным психосоматическим компонентом. Много лет назад в один из таких дней к автору подошла заведующая амбулаторно-поликлиническим отделением с амбулаторной картой в руках. «Не знаю, что делать, — сказала она. — Больная, 37 лет, с постоянными болями в животе. При обследовании ничего не выявили. В этом году у нее были стрессы. Месяц находилась в отделении неврозов, только что выписалась. Лечение не помогло». При объективном обследовании кроме незначительной болезненности в эпигастральной области никаких изменений при пальпации живота выявлено не было. Однако при аускультации отчетливо определялся систолический шум над чревным стволом. Уже при ультразвуковом исследовании было высказано подозрение на наличие опухоли поджелудочной железы, сдавливающей чревный ствол, которая была подтверждена при компьютерной томографии.

Конечно, в клинической практике значительно чаще встречаются ошибки противоположного характера, когда функциональные расстройства органов пищеварения (в том числе и СЦАБ) расцениваются как серьезные органические заболевания. Лидирует здесь хронический панкреатит, диагноз которого нередко ставится лишь на основании измененной эхогенности ткани поджелудоч-

ной железы, отмеченной при ультразвуковом исследовании. Безусловно, диагноз СЦАП правомерен, однако он (как и диагноз синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии) может быть поставлен только после тщательного обследования, включающего в себя лабораторные и инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические) методы исследования.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Clouse R.E., Mayer E.A., Aziz Q., Drossman D.A., Dumitrascu D.L., Mönnikes H., Naliboff B.D. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology*. 2006;130(2):1492–1497. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.062
2. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV — Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257–1261. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.03.035
3. Keefer L., Drossman D.A., Guthrie E., Simren M., Tillisch K., Olden K., Whorwell P. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1408–1419. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.034
4. Drossman D.A. Chronic abdominal pain (with emphasis on functional abdominal pain syndrome). In: Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management (Ed. Feldman M., Friedman L.S., Sleisenger M.H.). 7th ed., Vol. 1. Saunders. Philadelphia–London–New York–St.Louis–Sydney–Toronto. 2002:84–92.
5. Whitehead W.E., Palsson O.S., Feld A.D. et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis the irritable bowel syndrome. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006;24(1):137–146. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.02956.x
6. Ford A.C., Veldhuyzen van Zanten S.J., Rodgers C.C. et al. Diagnostic utility of alarm features of colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2008;57(11):1545–1553. DOI: 10.1136/gut.2008.159723
7. Juul J.S., Hornung B., Andersen B. et al. The value of using the faecal immunochemical test in general practice on patients presenting with non-alarm symptoms of colorectal cancer. *Br. J. Cancer*. 2018;119(4):471–479. DOI: 10.1038/s41416-018-0178-7
8. Göke B., Beglinger C. Gastroenterologie systematisch. 2 Auflage. UNI-MED Verlag. Bremen–London–Bosron, 2007:469–473.

Поступила 20.06.2021

Информация об авторе

Шептулин Аркадий Александрович (Sheptulin Arkady Aleksandrovich) — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета)