

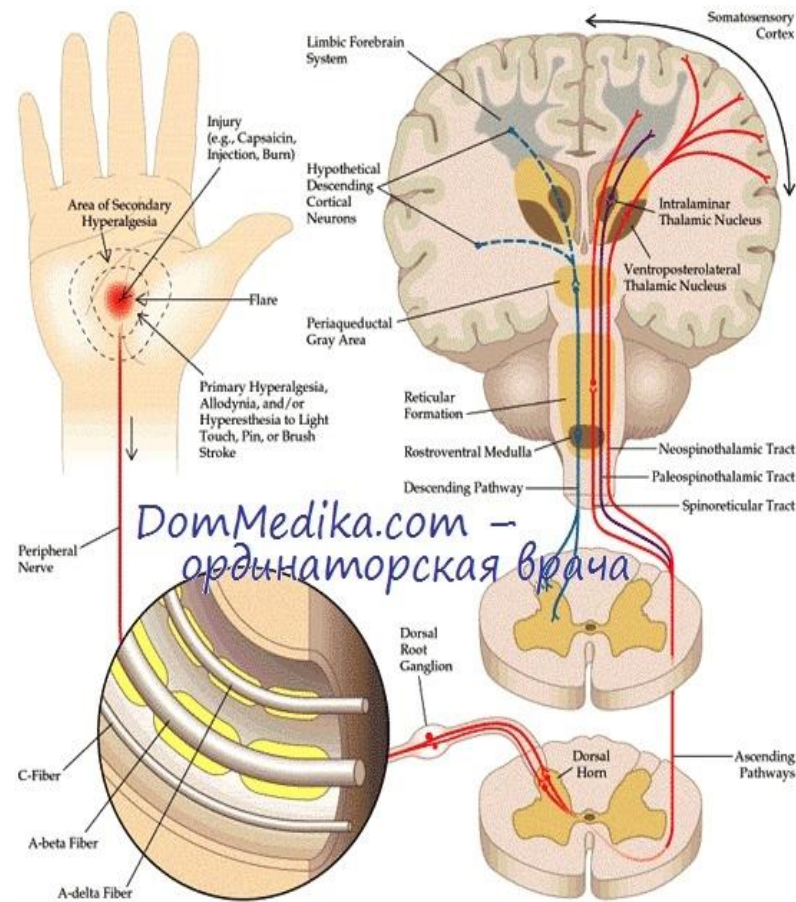
Проблеми ведення пацієнтів з абдомінальним болем



Запідозрити діагноз "гострого живота" повинен будь-який лікар, але центральною фігурою в проблемі залишається "хірург та терапевт"

Патогенез

[У 1965 році R. Melzack і P. Wall висунули теорію "контролю воріт" болю, згідно з якою в спинному мозку спеціальний механізм контролю регулює потік імпульсів з периферії до вищерозміщених відділів, що контролюють саме ноцицептивні сприйняття. Аксони аферентних ноцицептивних волокон закінчуються в стовпах заднього рогу спинного мозку. Тут вони контактують з передавальними нейронами спіноталамічного шляху, по якому больова імпульсація досягає задніх ядер таламуса, а потім соматосенсорних полів кори головного мозку.



Ноцицептивні нервові

закінчення

Хемочутливі, оскільки вплив усіх подразників, що викликають відчуття болю (механічні, термічні, запальні, ішемічні, хімічні), пов'язано зі зміною хімічного оточення больових рецепторів. До хімічних медіаторів, що беруть участь в ноцицептивній передачі та регулюванні потоку імпульсів, відносяться:

1. Нейротрасміттери:

- 5-гідрокситриптамін (5-НТ),
- гістамін.

2. Кініни:

- брадикінін,
- каллідін.

3. Низький рН.

4. АТФ.

5. Молочна кислота.

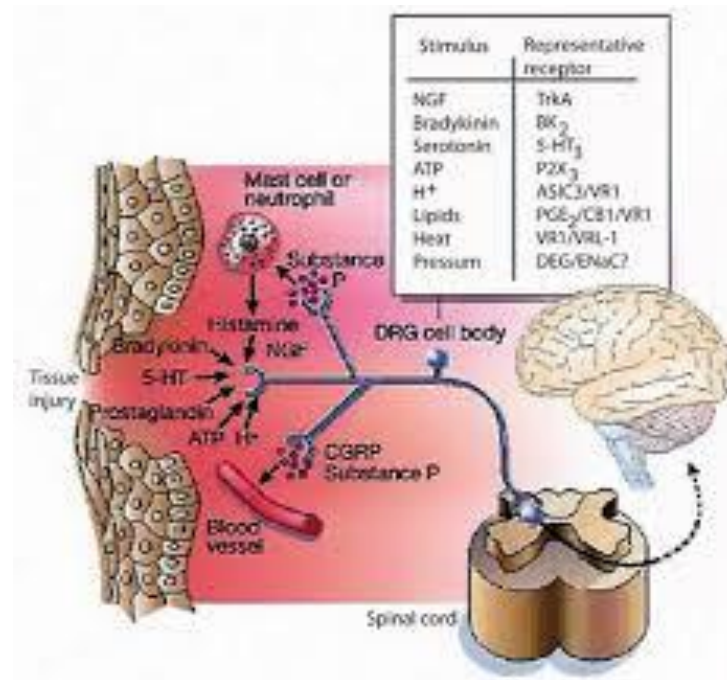
6. Іони K^+ .

7. Простагландини.

8. Тахікініни:

- субстанція Р (SP),
- нейрокінін А (НКА),
- нейрокінін В (НКВ).

9. Опіоїдні пептид



Абдомінальні болі

підрозділяють на

- гострі, що розвиваються, як правило, швидко або, рідше, поступово і мають невелику тривалість (хвилини, рідко кілька годин);

- хронічні, для яких характерне поступове наростання. Ці болі зберігаються або рецидивують упродовж тижнів і місяців.



Гострий біль

- виникає раптово, розвивається швидко, його тривалість не перевищує 3-х місяців. Його зазвичай кваліфікують як "сигнал тривоги», тобто первинний симптом, що відображує появу патології. Нещодавно виниклий гострий біль має важливе значення не тільки для хворого, але і для лікаря, так як вимагає негайного реагування і швидкого з'ясування його причини. Повторювані епізоди гострого болю можуть з часом трансформуватися в хронічний, проте хронічний біль не можна розглядати тільки як тривало існуючий симптом або як суму повторюваних приступів гострого болю.



Хронічний біль

- Це не просто симптом. Це складний синдром, що відображає серйозне захворювання і характеризує не тільки локальні зміни, але і порушення з боку центральної і периферичної нервової систем. Стосовно до шлунково-кишковому тракту ці зміни зумовлені порушенням взаємодій між хворим органом-мішенню і регуляторними системами, тому що будь-який вісцеральний орган перебуває під контролем численних регулюючих впливів.



Інтраабдомінальні причини

- Генералізований перитоніт, який розвинувся в результаті перфорації порожнистого органу, позаматкової вагітності або первинний (бактеріальний і небактеріальний);
періодична хвороба
 - Запалення певних органів: апендицит, холецистит, пептичні виразки, дивертикуліт, гастроентерит, панкреатит, запалення органів малого тазу, коліт виразковий або інфекційний, регіональний ентерит, пієлонефрит, гепатит, ендометрит, лімфаденіт
 - Обструкція пологого органу: інтестинальна, біліарна, сечовивідних шляхів, маткова, аорт
 - Ішемічні порушення: мезентеріальна ішемія; інфаркти кишечника, селезінки, печінки, перекрут органів (жовчного міхура, яєчок і ін.)
 - Інші: синдром подразненого кишечника, ретроперітонеальні пухлини, істерія, синдром Мюнхаузена, скасування наркотиків



Екстраабдомінальні причини

- Захворювання органів грудної порожнини (пневмонія, ішемія міокарда, захворювання стравоходу)
- Неврогенні (herpes zoster, захворювання хребта, сифіліс)
- Метаболічні порушення (цукровий діабет, надниркова недостатність, токсичний зоб, уремія, порфірія)
- Вплив токсинів: укуси комах, отруєння отрутами



Абдомінальні болі

також можуть бути:

- - органічними;
- - функціональними.



За механізмом виникнення

болі в черевній порожнині підрозділяють на:

- - Вісцеральні,
- Парієтальні (перитонеальні, соматичні),
- - Відбиті (ирадіюючи);
- - Психогенні.



Для збору найбільш важливих даних анамнезу при болю в животі IASP рекомендує алгоритм PQRST:

P - фактори, що полегшують (palliate) або підсилюють (provoke) біль у животі, наприклад, якщо біль зменшується після дефекації, можна припустити захворювання товстого кишечника;

Q - якісні (qualities) характеристики болю (наприклад пекучий, гострий, переймоподібний);

R - ірадіація (radiation) болю, наприклад при захворюваннях жовчовивідних шляхів біль ірадіює в область правої лопатки, при захворюваннях ПЗ - в спину, поддіафрагмальні болі можуть ірадіювати в плече;

S - інтенсивність (severity) болю;

T - фактори часу (temporal), наприклад тривалість болю, постійний біль або минучий, пов'язаний з їжею або дефекацією

Залежно від зв'язку болю за часом з прийомом їжі розрізняють

Залежно від зв'язку болю за часом з прийомом їжі розрізняють ранні болі (через 5-20 хвилин після їжі);

пізні болі (через 1,5-3 години після їжі); голодні болі, які зменшуються після прийому їжі.

Найчастіше вважають, що голодні нічні болі характерні тільки для пептичної виразки.



Болі у верхніх відділах живота (епігастрії) частіше за все пов'язані з наступними

захворюваннями:

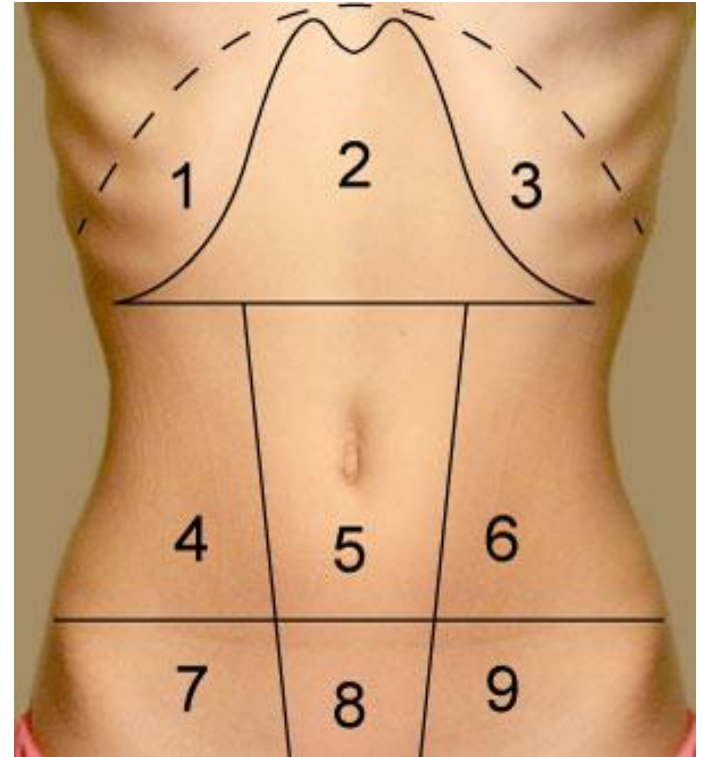
Болі у верхніх відділах живота (епігастрії) частіше за все пов'язані з наступними захворюваннями:

- Пептична виразка шлунка або ДПК;
- - Гастрит, дуоденіт, функціональна диспепсія; діафрагмальна грижа, езофагіт;
- - ЖКБ, холецистит, холангіт;
- - Панкреатит;
- - Апендицит (при атиповому розташуванні червоподібного відростка);
- - Висока тонкокишкова непрохідність, порушення евакуації зі шлунку;
- - Поддіафрагмальний абсцес, абсцес печінки;
- - Гепатит;
- - Пухлини печінки;
- - Застійна гепатомегалія;
- - Патологія селезінкового кута товстої кишки та / або поперекової кишки;
- - Плеврит, ніжньодольова пневмонія, пневмоторакс, абсцес легені;
- - Інфаркт міокарда (status gastralgicus), стенокардія;
- - Перикардит;
- - Пієлонефрит, ниркова колька;
- - Захворювання або ушкодження селезінки;
- - Захворювання черевної стінки - кили білої лінії, міозит прямих м'язів живота, їх флегмона;
- - Ураження шлунка при ендокринних захворюваннях - цукровому діабеті, аддісоновій хворобі, тиреотоксикозі

Болі в мезогастрії найчастіше обумовлені

Болі в мезогастрії найчастіше обумовлені:

- Апендицитом (на початку захворювання);
- Тонкокишковою непрохідністю, ентеритом;
- Панкреатитом;
- Тромбозом або емболією брижових судин;
- Пупковою грижею;
- Аневризмою черевного відділу аорти;
- Колітом - переважно трансверзітом;
- Мезентеріальним лімфаденітом;
- Туберкульозним перитонітом;
- Захворюваннями черевної стінки (кили)



Причиною болю в гіпогастрії зазвичай є наступні захворювання

Причиною болю в гіпогастрії зазвичай є наступні захворювання:

- Товстокишкова непрохідність;
- - Апендицит;
- - Мезентеріальний лімфаденіт;
- - Запалення дивертикулу Меккеля, дивертикуліт товстої кишки, проктит, коліт, в т.ч. неспецифічний виразковий коліт (НВК), хвороба Крона;
- - Сальпінгіт, ендометріоз, аднексит, кіста яєчника, менструальний біль, перекрут яєчника або його кісти;
- - Цистит, камені сечового міхура, пієлонефрит, ниркова колька;
- - Простатит;
- - Аневризма черевного відділу аорти;
- - Пахова кила

Ірадіюючий біль

виникає при надмірній інтенсивності імпульсу вісцерального болю (наприклад, проходження каменю) або анатомічному пошкодженні органу (наприклад, защемленій кишці), передається на ділянки поверхні тіла, які мають загальну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини.



Ірадіюючий біль

Область ірадіації болю	Захворювання
Ліве плече	Панкреатит, лівобічний плеврит або захворювання серця, пошкодження селезінки, перфоративна виразка
Праве плече	Перфоративна виразка, правобічний плеврит, поддіафрагмальний абсцес, пошкодження селезінки
Права підлопаткова область	Жовчовивідної системи
Пахова область і зовнішні статеві органи	Сечостатевої сфери, апендицит, пахові грижі
Хрестець	Пряма кишка і внутрішні статеві органи у жінок

Психогенний біль

Виникає за відсутності периферичної дії або коли остання грає роль пускового фактору.

Особлива роль її виникненні відводиться депресії.

Характер психогенного болю залежить від особистісних особливостей.

Така біль довготривала, монотонна, дифузного характеру.



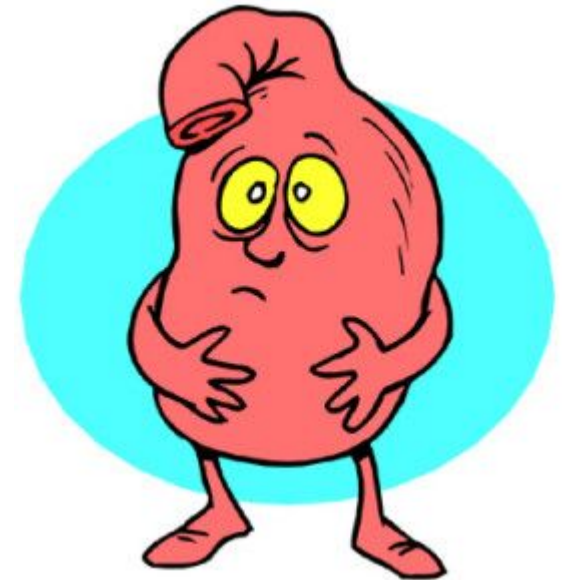
абдомінальна мігрень

частіше зустрічається в молодому віці, носить інтенсивний розлитий характер, але може бути локальною (в параумбілікальній області). Характерні супутні нудота, блювота, пронос і вегетативні розлади (збліднення і похолодання кінцівок, порушення ритму серця, артеріального тиску та ін.). Часто присутня мігренозна цефалгія і характерні для неї провокує і супроводжуючі фактори. Під час пароксизму відзначається збільшення швидкості лінійного кровотоку в черевній аорті.

Головне пам'ятати: одні і тіж симптоми (болі в животі, нудота, блювота, с-м роздратування очеревини) можуть мати різне походження.

Питання, на які необхідно відповісти при синдромі "гострого живота"

1. Що болить?
2. Чому болить?
3. Чи є загроза життя хворому в даний момент?



Завдання терапевта

- 1) Поставити або/та підтвердити факт стану
- 2) Встановити причину "гострого живота" (оскільки терапевтичних причин в розвитку гострого живота значно більше, ніж хірургічних)
- 3) Своєчасно направити хворого на операцію

Чи є загроза життя хворому в даний момент?

чи є синдроми?

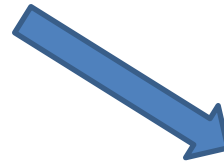
- 1. Перфорації порожнистого органу
- 2. Гострої кишкової непрохідності
- 3. Подразнення очеревини
- 4. Кровотечі



Є!

Мінімум обстеження, ургентна операція навіть без уточнення нозологічної одиниці

Оцінити динаміку –ан. крові, t, R-скопія, ФГДС, лапароскопія



немає

Аналіз супутніх симптомів, дообстеження, можливо знеболення (пробне)

Оцінка супутніх синдромів

Виявлені синдроми	Діагностичні гіпотези
1.Інтоксикаційно-запальний	Коліка при гострому пієлонефриті, типова пневмонія (біль у черевній порожнині при пневмонії)
2.ДН,масивної інфільтрації в легенях, ураження плеври	Плеврит, пневмонія
3. Дизурія	СКХ

Оцінка супутніх синдромів

4. Дизменорея	Позаматкова вагітність
5. Серцево-судиння недостатність, гострий коронарний синдром, порушення периферійного кровообігу	ІХС, ІМ, облітеруючий атеросклероз «черевна жаба»
6. Локальне подразнення очеревини	Перивісцерит при ВХ, дуоденіті та ін.

Оцінка супутніх синдромів

7.Ураження шкіри, суглобів	Васкуліт черевної порожнини, СЧВ, вузелковий периартеріт, геморагічний васкуліт
Термінове дообстеження за показами: ЕКГ, R-графія ОГК, хромоцитоскопія Огляд гінеколога та ін.	Гіпотеза не підтверджується
Підтвердження гіпотези Вирішення питання про тактику лікування (оперативне, консервативне)	Планове обстеження та лікування

Обов'язкові питання анамнезу при гострому болю у животі

- Час виникнення
- Чи є рецидиви болю
- Ірадіація
- Характер болю
- Провокуючі та фактори полегшення
- Чи є блювота, її особливості
- Чи було порушення свідомості при болю
- Менструальний анамнез



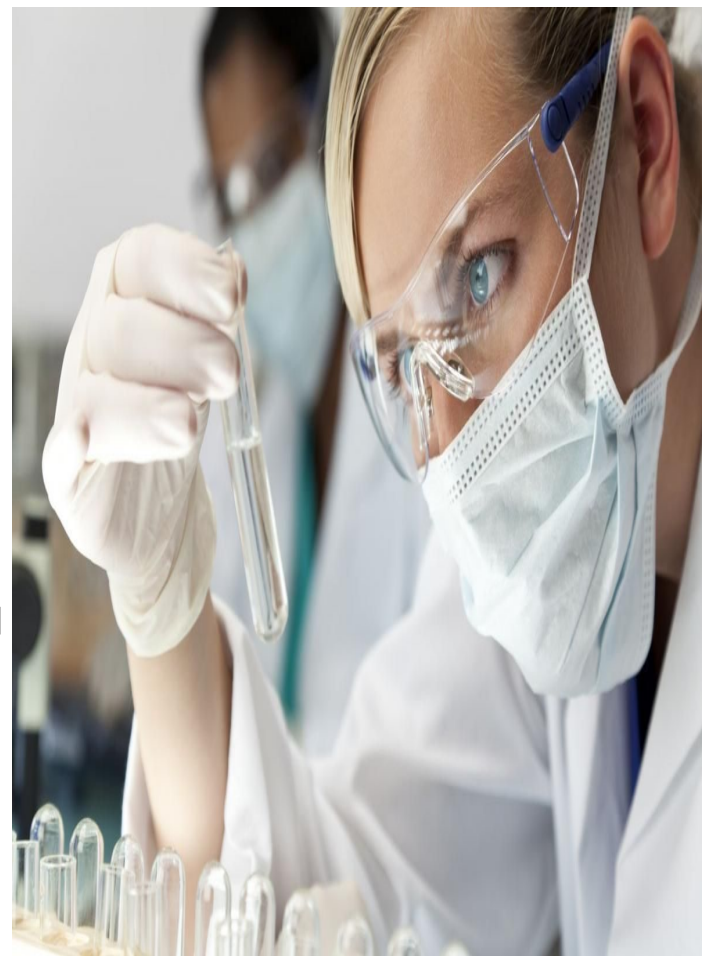
Обов'язкові питання анамнезу при гострому болю у животі

- Біль пов'язаний:
- З прийомом їжі
- Характером їжі
- З дефекацією
- З сечовиділенням
- З фіз навантаженням
- З блювотою



Обстеження при синдромі «гострого живота»

- 1. Клінічний аналіз крові
- 2. Електроліти крові
- 3. А-амілаза крові та сечі
- 4. Група крові и резус-фактор
- 5. ЕКГ
- 6. Аналіз сечі, тест на вагітність (при підозрі)
- 7. Ro графія грудної клітки
- 8. Посіви крові при тривалій лихорадці
- 9. Ro графія черевної порожнини стоячи (виразність дилатації кишки до (до 2,5 см – тонка, 6 та більше см - товста), повітря в області біліарного тракту, конкременти у нирках та жовчному міхурі



Особливості больового синдрому при захворюваннях легень та плеври

- Абдомінальний синдром спостерігається на початку захворювання (2-3 дня – 90%)
- Підвищення t передусь або йде паралельно болю в животі, блювота не характерна
- Виразність болю з ураженого боку
- Herpes labialis, nosalis
- Зв'язок із застудою, переохлодженням

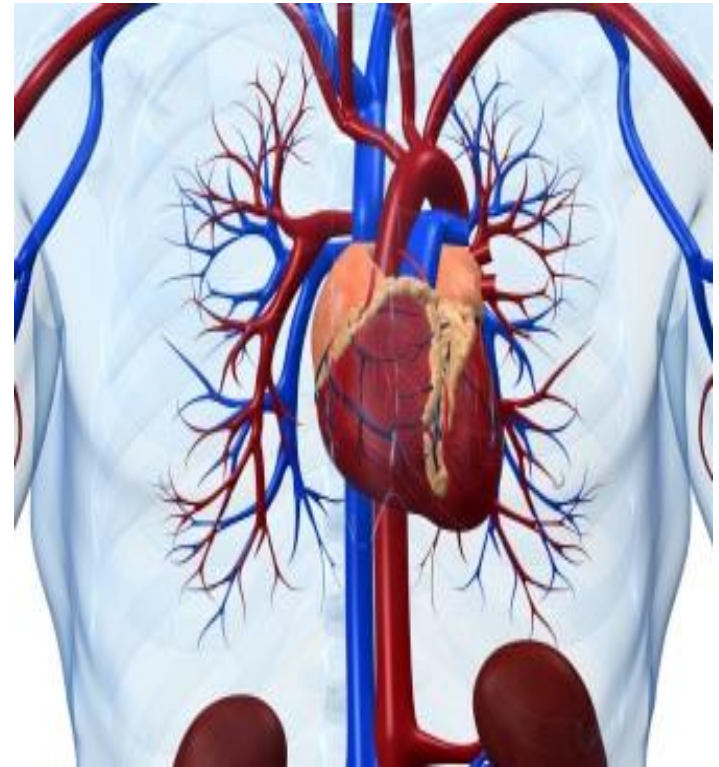


Особливості больового синдрому при захворюваннях легень та плеври

- **активне положення (полусидячи)**
- **грудний тип дихання**
- **нестійкість м'язового захисту**
- **перистальтика збережена (при аускультатії)**
- **ЧД : ЧСС 1:2, 1:3 (враховуючи початковий фон)**
- **виявлення легеневих синдромів (ураження плеври, ущільнення легеневої тканини**
- **ректальне обстеження без особливостей**
- **R-ні ознаки: інфільтрації в легенях**
- **високе стояння діафрагми збоку ураження**
- **Обження її рухливості (с-м Вільямса)**

Абдомінальний синдром при серцевосудинних захворюваннях

- 1) Абдомінальні форми ІМ (2-3%)
- 2) Розшаровуюча аневризма аорти
- 3) Перикардити
- 4) Гіпертонічні кризи (рідко)



Абдомінальний синдром при ендокринних розладах

1) «Гострий живіт» при кетоацидозі у хворих на ЦД ураження нервових закінчень – атонія кишківника та шлунку, дегідратація очеревини – крововилив

2) «Тиреотоксичний» біль в животі

3) «Адисонічні кризи»

4) «Феохромоцитарні» кризи



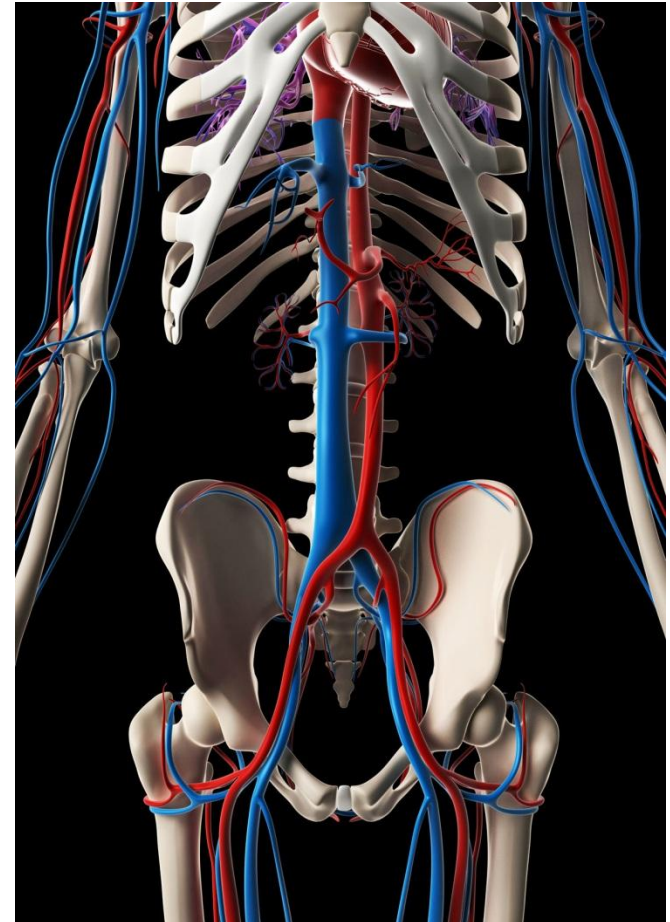
Абдомінальний синдром при рідкісних захворюваннях

- 1) Порфиринова хвороба
- 2) Періодична хвороба
- 3) Свинцева коліка



Абдомінальний синдром при захворюваннях судин черевної порожнини

- «Черевна жаба», ішемічна хвороба кишківника, мезентеріальна недостатність та ін.
- Зміст:
- ураження судин черевної порожнини (первинне або вторинне) аорти, черевного стволу, верхньої та нижньої брижової артерій



Абдомінальний синдром при захворюваннях судин черевної порожнини (особливості клініки)

- - Біль у животі при «навантаженні» (травлення)
- - У міжприступному періоді – «дискомфорт» в животі
- - Нітрати зменшують або припиняють біль
- - Розвиток у важких випадках хронічного ерозивного процесу у слизових оболонках (симптоматичні виразки), ентеропатії зі схудненням
- - Поєднання з іншими проявами судинної недостатності (ІХС, головного мозку, нижніх кінцівок)
- Верифікація: ангіографія, доплерівське сканування

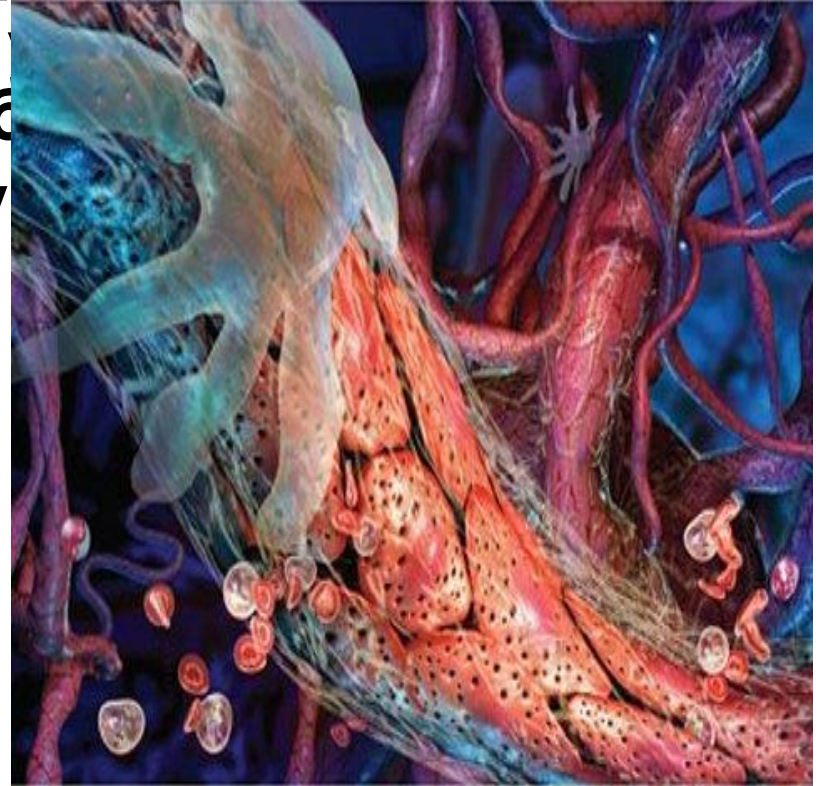
Первинні системні васкуліти

- ВП – вузелковий панартеріїт
- (частота абдомінального синдрому – 50%)
- Клініко-морфологічний зміст:
- - хронічна або гостра недостатність кровообігу органів та мезентеріальної ділянки кровопостачання
- некрози, інфаркти органів , ерозії, виразки
- У 18-20 % необхідне оперативне лікування



Первинні системні васкуліти (ВП)

- Абдомінальний синдром розвивається в дебюті, розпалі, в фіналі хвороби
- Клінічна картина нагадує
- гострий та хронічний панкреатит
- гострий апендицит
- холецистит
- перигепатит
- ШКК (10-13%)
- кишкову непрохідність



Первинні системні васкуліти (ВП)

ВЕРИФІКАЦІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ

- 1. Біопсія шкірно-м'язового клаптю**
- 2. Регіональна ангиографія**
- 3. Біопсія слизової кишківника ?**
- 4. Біопсія органу ?**
- 5. ФГДС, RRS ?**
- 6. Лапароскопія ?**

Пп 3,4,5,6 – грають роль тільки для діагностики ускладнень

Геморагічний васкуліт

- черевна пурпура) 50% у дітей
- Клініка - синдром гострого живота (подразнення очеревини, блювота, мелена, симптоми непрохідності, апендицита, кишкової коліки), раннє підвищення температури
- шкірний синдром, суглобовий, нирковий
- Критерії діагнозу (Mills I.A. et al., 1990)
- 1. Пурпура, що пальпується
- 2. Початок хвороби до 20 років
- 3. Болі у животі
- 4. Гранулоцити у стінці судин



Гострий біль в животі, не пов'язаний із захворюваннями органів черевної порожнини (за І. П. Катеринчуком зі співавт., 2003)

При наявності захворювання органів грудної порожнини, що обумовлює гострий біль у животі	Патологія нервової системи, нервових корінців та м'язів хребта, що обумовлює гострий біль у животі
<p>Вогнищева, особливо, базальна пневмонія Діафрагмальний плеврит Пневмоторакс Абсцес легені Інфаркт легені Задній інфаркт міокарда Розшаровуюча аневризма грудного відділу аорти Перикардит Ендокардит Міокардит Тромбоемболія легеневої артерії Гостра правошлуночкова недостатність Розрив стравоходу Езофагіт Езофагоспазм</p>	<p>Остеохондроз хребта з радикулярним синдромом Грижа міжхребцевого диска Пухлини і пухлиноподібні утворення спинного мозку Синдром утиску нервів Абдомінальна епілепсія Менінгіт Енцефаліт Порушення мозкового кровообігу Істерія Мігрень Спинна сухотка Солярний синдром Оперізуючий лишай (Herpes zoster) Епідемічна міалгія (хвороба Борнхольма)</p>

Загальні захворювання, при яких може розвинутися гострий біль у животі
(За І. П. Катеринчуком зі співавт., 2003)

Метаболічні та ендокринні порушення	Гематологічна патологія	Отруєння	Системні захворювання сполучної тканини
<p>Діабетичний кетоз Кризи аддісонової хвороби Тиреотоксикоз, тиреотоксический криз Гіпаратиреоз Гіперкальціємія Перегрівання Уремія</p>	<p>Гемолітичний криз Поліцитемія (еритремія) Лейкози Порфірія Лімфогранулематоз Тромбоцитопенічна пурпура Порушення згортання крові (придбані та вроджені)</p>	<p>Чотирьоххлористим вуглецем Грибами Бактеріальними токсинами (стафілокок, паличка правця) Медикаментозна хвороба Реакції на укуси комах Інтоксикації: - Свинцем; - Нікотиною; - Морфіною.</p>	<p>Ревматизм Системний червоний вовчак Дерматоміозит Вузликівий періартеріт Геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха (Schlein-Henoch)</p>

Класифікація абдомінальних болів за швидкістю розвитку

(за П.Я.Григор'євим зі співавт., 2002)

Характер, темпи розвитку	Причини (хвороби)
Миттєво виникають, інтенсивні, нестерпні болі	Перфоративного виразка, розрив аневризми великої судини, жовчні або ниркові кольки (при проходженні каменів), інфаркт міокарда
Швидко виникають (протягом декількох хвилин) інтенсивні болі постійного характеру	Гострий панкреатит, повна кишкова непрохідність, тромбоз мезентеріальних судин
Поступово виникають болі (можуть тривати годинами)	Гострий холецистит, дивертикуліт, гострий апендицит
Інтерміттуючий і коликоподібний біль (може тривати годинами)	Механічна тонкокишкова непрохідність, ЖКХ

Способи градації інтенсивності болю

Спосіб	Градація болю	Коли використовується
П'ятизначна загальна шкала	0 = немає болю 1 = слабкий (трохи) 2 = помірний (болить) 3 = сильний (дуже болить) 4 = нестерпний (не можна терпіти)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах
Словесна рейтингова шкала	Немає болю – нестерпний (Яке число відповідає силі вашого болю?)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах
Візуальна аналогова шкала (лінія 10 см, лінійка, що ковзає)	Немає болю – нестерпний (Позначте на лінії, наскільки сильний ваш біль)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах Може застосовуватися у дітей старше 6 років.
Поведінкові і психологічні параметри (Опосередковані ознаки болю). Ці ознаки слід приймати до уваги	Мімічні гримаси, підвищення голосу, блідість, пітливість, сльозотеча, розширення зіниць, тахікардія, гіпертензія, дискоординація дихання та ін.	При оцінці / обстеженні в несвідомому стані, у аутичних, критично хворих пацієнтів
з обережністю, так як вони не є специфічними		
Оцінка життєво важливих функцій хворого лікарем	Чи може пацієнт здійснювати самостійно основні функції (наприклад, довільне глибоке дихання, кашель, активні рухи в суглобах, пересування) Так / Ні	Співвіднести з суб'єктивними оцінками, отриманими від самого пацієнта. Слід використовувати у всіх категоріях хворих

у значної кількості хворих хронічний абдомінальний біль пов'язаний не з органічними захворюваннями, а з функціональними розладами шлунково-кишкового

тракту

Функціональні гастроінтестинальні розлади (Рим II):

- Розлади стравоходу
 - Комок в горлі;
 - регургітація;
 - Функціональний біль за грудиною, переважно стравохідного генезу;
 - Функціональна печіння за грудиною;
 - Функціональна дисфагія;
 - Неспецифічні (невизначені) дисфункції стравоходу;
- Гастродуоденальні розлади
 - Функціональна диспепсія (виразкоподібна, дисмоторна, неспецифічна);
 - Аерофагія;
 - Функціональна блювота;
- Кишкові розлади
 - Синдром роздратованого кишківника (СРК);
 - Функціональне здуття живота;
 - Функціональний запор;
 - Функціональна діарея;
 - Неспецифічні (невизначені) функціональні розлади кишечника;
- Функціональний абдомінальний біль;
 - Біліарний розлади;
 - Аноректальні розлади;
 - Функціональні розлади у дітей.

Усі функціональні розлади (ФР), незалежно від рівня ураження, мають спільні ознаки, які допомагають поставити правильний діагноз

- тривалість основних симптомів не менше 3 місяців протягом останнього року (хронічні симптоми, включаючи біль);
- відсутність органічної патології (ФР - це діагноз виключення) і відсутність видимого морфологічного субстрату;
- множинний характер скарг з боку різних органів при загальному доброму соматичному стані (головний біль, підвищена стомлюваність, слабкість, безсоння, дратівливість, парестезії, порушення сечовипускання), що пов'язано з неадекватними нервово-вегетативними реакціями, властивими цим хворим;
- участь психосоціальних факторів і порушень нейрогуморальної регуляції у формуванні симптомів; в результаті впливу цих факторів при ФР відзначається висока частота психоневротичних змін (тривога, страх, депресія, іпохондрія, істеричні реакції), що потребують включення у терапію психокорекції і психотропних засобів;
- виникнення симптомів у ранковий або денний час і стихання, іноді повне зникнення під час сну, відпочинку, відпустки.

Діагноз функціональних розладів неможливий при наявності наступних ознак

- невмотивована втрата маси тіла;
- - нічні болі;
- - початок захворювання у віці старше 50 років;
- - лихоманка;
- - будь-які зміни, що виявлені при безпосередньому обстеженні хворого (збільшенні печінки, селезінки, лімфовузлів і т.п.);
- - будь-які зміни лабораторних показників крові, сечі, калу (позитивна реакція на приховану кров у калі, лейкоцитоз, анемія, еритроцитоз, тромбоцитоз, тромбоцитопенія, збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), гематурія, гіпербілірубінемія та ін.);
- - будь-які зміни, що виявлені за допомогою інструментальних досліджень (камені в ЖМ, кісти ПЗ, розширення загальної жовчної протоки та ін.).

Для полегшення страждань хворого можуть бути використані нефармакологічні методи як на додаток до медикаментозного лікування, так і самостійно

- фізичні - фізіотерапія, масаж, рефлексотерапія (акупунктура, електропунктура, електроакупунктура), гіперстимулююча аналгезія, м'язова релаксація, метод біологічного зворотного зв'язку, блокада нервів, хірургічне втручання;
- - психологічні - тренування впевненості в собі, зміна поведінки, освіта, сімейна терапія, гіпноз, психотерапія, усунення стресорного впливу, лікування музикою, відволікаючі методи, когнітивна терапія (відтиснення почуття безпорадності і втрати контролю над болем у пацієнта на основі аналізу неповноцінної «больової» поведінки);
- - соціальні - підтримка пацієнтів суспільними групами, зайнятість, групи взаємодопомоги, юридичні корисні поради, повернення до праці.

Основні напрямки купірування больового абдомінального синдрому включають

- а) етіологічне і патогенетичне лікування основного захворювання;
- б) нормалізацію моторних розладів;
- в) зниження вісцеральної чутливості;
- г) корекцію механізмів сприйняття болю.

Фармакологічна блокада механізмів розвитку болю може здійснюватися завдяки введенню:

- НПЗП (нестероїдних протизапальних препаратів);
- опіатів, опіоїдного пептиду діпорфіну (+/-);
- енкефалінів, гамма-аміномасляної кислоти (GABA);
- 5-НТ, норадреналіну.

З огляду на все викладене, алгоритм купування абдомінального болю можна представити у вигляді такої схеми:

1. Препарати, що зменшують інтенсивність руйнування ентероцитів (антациди, вісмут).
2. Блокатори мускаринових рецепторів (препарати беладони, піренцепін).
3. Інгібітори фосфодіестерази активатори аденілатциклази (дротаверін).
4. Інгібітори кальцієвих каналів (діцітел). Інгібітори натрієвих каналів (дюспаталін).
5. Ліганди серотонінових рецепторів, антагоністи 5НТ3 (апосетрон), антагоністи 5НТ4 (тегасерод).
6. Препарати 5 АСК (месалазін).
7. НПЗП.
8. Антидепресанти.
9. Опіати