

А.С. Свінціцький

Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця

АБДОМІНАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме

У статті обговорюються питання етіології та патогенезу, алгоритм диференційної діагностики й принципи терапії різних типів абдомінального болю. Наголошується, що кожен із них має свої характерні особливості, знання яких значно полегшує процес з'ясування причин больових відчуттів та допомагає обрати правильну тактику лікування.

Ключові слова

Абдомінальний біль, причини розвитку, диференціальна діагностика, лікування.

Біль – спонтанне суб'єктивне відчуття, що виникає внаслідок надходження до центральної нервової системи (ЦНС) надмірних або руйнівних подразників, які спричиняють органічні або функціональні порушення в організмі [3, 6, 20].

Біль у животі є одним із найчастіших симптомів у практиці інтерніста й служить у більшості випадків «візитною карткою» патологічного процесу в черевній порожнині. Згідно зі звітом Всесвітньої організації гастроентерологів та ендоско-

пістів, точність діагностики причин абдомінального болю до початку ХХІ століття становила лише 50% [29]. Незважаючи на лікувально-діагностичні можливості сучасної медицини, проблема правильної їх інтерпретації та вибір ефективного й безпечного засобу для знеболювання й на сьогодні має суттєві труднощі [6, 7, 16, 21].

Причинами болю в животі можуть бути захворювання різних органів і систем (табл. 1) [15, 28].

Таблиця 1. Причини абдомінального болю

Групи захворювань	Захворювання
Захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки	- защемлення киля стравохідного отвору діафрагми; - гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; - перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки; - гострий заворот шлунка; - гострий гастрит; - флегмона шлунка; - гострі харчові отруєння; - гостре транспілоричне випадіння слизової оболонки шлунка.
Захворювання печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози	- жовчнокам'яна хвороба; - гострий безкам'яний холецистит або загострення хронічного; - перфорація жовчного міхура та жовчних шляхів; - гострий панкреатит або загострення хронічного.
Захворювання кишечника	- гостра кишкова непрохідність; - перфорація кишки при хворобі Крона, черевному тифі, пухлинах кишок, неспецифічному виразковому та ішемічному колітах; - гострий апендицит.
Захворювання мезентеріальних судин	- тромбоз, емболія, стиснення мезентеріальних артерій; - тромбоз мезентеріальних вен; - вузликовий періартеріт.
Захворювання очеревини та брижі	- перитоніт; - піддіафрагмальний абсцес.
Гінекологічні захворювання	- позаматкова вагітність; - перекручення ніжки кісти; - гострий аднексит; - апоплексія яєчника; - перфорація матки.

Хвороби нирок	- сечокам'яна хвороба; - гострий пієлонефрит; - гострий паранефрит; - інфаркт нирки; - нефротичний криз.
Захворювання селезінки	- закупорювання селезінкової артерії або вени; - розрив селезінки.
Захворювання нервової системи	- гострі сегментарні порушення; - соллярний синдром; - оперізуючий герпес; - табетичний криз; «черевна епілепсія»; - мігрень.
Захворювання легень	- гостра пневмонія; - діафрагмальний плеврит; - емболія легеневої артерії.
Захворювання серця	- гостра правшлуночкова недостатність; - інфаркт міокарда; - перикардит; - розширювальна аневризма аорти.
Інші захворювання	- діабетична кома; - тиреотоксичний криз; - гіпо- і гіперпаратиреоз; - криз при хворобі Аддісона; - порфіринова хвороба; - абдомінальний криз при інтоксикації свинцем; - геморагічний васкуліт; - ревматизм; - лейкоз; - гемолітичний криз; - періодична хвороба.

Найчастішими причинами гострого болю в животі є гострий апендицит (35-40%); гострий холецистит (20-25%); гострий панкреатит (12-15%); виразкова хвороба, ускладнена профузною кровотечею (7-8%), перфорацією (5-7%); гостра кишкова непрохідність (5-7%).

Патогенез больового синдрому

Сприйняття організмом подразнюючих стимулів називається ноцицепцією, а страждання, зумовлені болем, – це її поєднання з суб'єктивним відчуттям за участю емоційного компоненту [26]. Органи черевної порожнини зазвичай нечутливі до багатьох стимулів, які при дії на шкіру провокують сильний біль. Основні впливи, до яких вісцеральні больові волокна є чутливими, – це розтягнення або порушення стінки кишечника: натяг очеревини (наприклад, при пухлині), розтягнення порожнистого органа (наприклад, при жовчній кольці) або сильні м'язові скорочення (наприклад, при кишковій непрохідності). Нервові закінчення волокон, що відповідають за біль у порожнистих органах (кишечник, жовчний і сечовий міхури), локалізуються в м'язових шарах. У паренхіматозних органах (печінка, нирки, селезінка) нервові закінчення знаходяться в їх капсулі та відповідають на її розтягнення при збільшенні об'єму органу. Брижа, парієтальна плевра і перитонеальна вистилка задньої стінки черевної порожнини є чутливими до болю, тоді як вісцеральна плевра та великий сальник – ні [5, 14].

При дії подразнюючих стимулів вивільняються або синтезуються альгогени – речовини, що

викликають біль, які безпосередньо впливають на больові (ноцицептивні) закінчення нервових волокон. Сигнал проводиться по ноцицептивних волокнах до задніх рогів спинного мозку, а потім – до сенсорних ядер черепно-мозкових нервів, де відбувається модуляція (посилення або послаблення) сигналу болю перед його передачею до «больових» ділянок головного мозку, від яких залежать емоційні та моторні реакції організму на біль [12, 13, 19].

Виділяють такі **типи болю** в животі: вісцеральний, соматичний, віддзеркалений і психогенний [4, 6, 22]. Кожний з них має свої характерні особливості, знання яких полегшує процес з'ясування причин больових відчуттів.

Вісцеральний біль виникає безпосередньо в ураженому органі, носить тяжкий характер і часто супроводжується потовиділенням, нудотою, блюванням, різким зблідненням шкіри. Усі намагання хворого зменшити біль, змінюючи положення тіла в ліжку, виявляються марними. Залежно від того, який саме орган уражений, цей біль може локалізуватися в надчерев'ї, навколопупковій ділянці або над симфізом.

Соматичний біль спричиняється подразненням парієтальної очеревини. Він вирізняється значною інтенсивністю, при цьому хворий може чітко визначити його локалізацію. Знання його проекції дозволяє клініцисту правильно визначити джерело больового стимулу: епігастральна ділянка - при пептичній виразці, панкреатиті, холедохолітазі; правий верхній квадрант живота – при гепатиті,

холециститі, панкреатиті; лівий верхній квадрант – при панкреатиті, периспленіті; правий нижній квадрант – при апендициті, мезентеріальному лімфоаденіті, дивертикуліті Меккеля; лівий нижній квадрант – при дивертикуліті сигми.

Віддзеркалений біль у животі спостерігається при захворюваннях головного мозку, мозкових оболонок і багатьох внутрішніх органів. Він виникає внаслідок інтенсивного подразнення ураженого органа і передається по всьому нейросегменту, а іноді іррадіює навіть у сусідні органи.

Психогенний біль виникає при периферійному впливі, або останній відіграє роль пускового або сприяючого чинника. Особливе значення в його виникненні має депресія, яка часто перебігає латентно і не відчувається хворим. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється спільними біохімічними процесами і, насамперед, недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Характер психогенного болю визначається відповідними рисами особистості, впливом емоційних, когнітивних, соціальних чинників, психологічної стабільності хворого і його минулим «больовим досвідом». Основними ознаками цього болю є його тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з іншими локалізаціями (головний біль, біль у спині, у всьому тілі) [9, 13].

Міжнародна асоціація з вивчення болю визначає **хронічний біль** як «біль, який продовжується понад звичайний період одужання і триває не менше 3-6 місяців» [24, 25].

Діагностика

Особливу увагу потрібно звертати на біль, що виник нещодавно, оскільки він нерідко буває передвісником так званого гострого живота – симптомокомплексу, що характеризується сильним болем у животі, який з'являється протягом кількох годин або днів, супроводжується диспепсичними розладами, ознаками подразнення очеревини й тяжким загальним станом хворого [7].

З'ясування причини гострого болю в животі завжди викликає значні труднощі через анатомічні особливості черевної порожнини, а також внаслідок спільності багатьох симптомів при найрізноманітніших захворюваннях, які потрібно диференціювати.

Крім того, діагностику як початкових, так і пізніх стадій гострих захворювань органів черевної порожнини досить часто ускладнюють такі об'єктивні чинники, як низька реактивність організму в старечому й ранньому дитячому віці, атиповість розвитку та перебігу захворювання на тлі інших патологічних процесів (особливо у хворих з екзо- й ендогенними ураженнями ЦНС та ендокринних органів), індивідуальні варіанти анатомії внутрішніх органів (наприклад, ілеоцекальне роз-

ташування червоподібного відростка, внутрішньопечінкова локалізація жовчного міхура), наслідки раніше виконаних операцій (відмежування запаленого органа від вільної черевної порожнини спайками) тощо.

Передумовою правильної оцінки болю в животі, а, отже, визначення сутності патологічного процесу й призначення хворому адекватного лікування, насамперед, є вірно зібраний **анамнез**, для чого необхідно:

- встановити місце максимального відчуття болю, його іррадіацію; доцільно попросити хворого, якщо це можливо, вказати на місце локалізації болю рукою; для оцінки його інтенсивності запропонована п'ятибальна рейтингова шкала: 0 - немає болю; 1 - слабкий; 2 - помірний; 3 - сильний; 4 - нестерпний біль;
- визначити характер болю (тупий, гострий, стискаючий, постійний, переймоподібний), його динаміку (збільшення, зменшення тощо);
- виявити обставини, з якими, на думку хворого, пов'язане виникнення болю:

- час появи й наявність часового зв'язку між вживанням їжі та появою болю – його добовий ритм (ранній, пізній, голодний, нічний); недотримання дієтичних рекомендацій;

- зв'язок болю з характером прийнятої їжі: біль провокується прийомом гострої, жирної, смаженої, пряної, копченої їжі, алкогольних або газованих напоїв;

- різкі рухи, фізичне перенавантаження, хвилювання тощо;

- зв'язок болю з прийомом певних лікарських засобів: нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), цитостатиків, кортикостероїдів, антибіотиків тощо.

- з'ясувати, чи впливають на біль зміна положення тіла (зокрема, вимушене положення), вживання їжі, блювання, дефекація, чи існує залежність болю від дихальних рухів, кашлю тощо;
- виявити розлади травлення (здуття живота, блювання, пронос), супутні болі в животі; відношення цих явищ у часі, збіг зі зміною кольору шкіри, сечі, калу;
- розпитати пацієнта, чи були в нього в минулому аналогічні больові напади та як часто, чи є зв'язок цих нападів із порою року тощо.

Під час розпитування потрібно враховувати тяжкість стану хворого, іноді частину інформації можна отримати від його родичів. Дані анамнезу доповнюють **оглядом** пацієнта, фізикальним обстеженням; при цьому особливу увагу звертають на такі ознаки:

- зовнішній вигляд хворого - вираз його обличчя, міміка, поведінка (скутість або руховий неспокій), хода, вимушене положення, участь живота в акті дихання, колір шкіри, слизових оболонок, стан зіниць (розширюються у відповідь на

- сильне больове відчуття, іноді з одного боку);
- формування зон шкірної гіперадгезії, перкуторної болючості, болючості окремих органів при пальпації, напруження передньої черевної стінки, симптому Щоткіна-Блюмберга;
- наявність або відсутність здуття живота, перистальтики, м'язового напруження (кишкова непрохідність, перитоніт), жовтяниці (жовчнокам'яна хвороба), атеросклерозу аорти й вінцевих артерій (можливість інфаркту міокарда, тромбозу мезентеріальних артерій), запаху ацетону з рота, розм'якшення очних яблук (діабетична прекома), ціанозу, набряків великих розмірів, болючості печінки з рівною поверхнею (серцева недостатність) тощо;
- зміни в інших органах і системах як реакція на біль; насамперед, це стосується серцево-судинної системи (зміна частоти серцевих скорочень, артеріального тиску), а також органів дихання і сечовиділення;
- при скаргах хворих на гострий біль у животі й диспепсичні явища, навіть за відсутності характерної локальної симптоматики, лікар повинен подумати про гостре хірургічне захворювання;
- при підозрі на гострий процес у черевній порожнині хворим не можна призначати знеболювальні та антиспастичні засоби, оскільки вони «приховують» клінічну картину, перешкоджають своєчасному встановленню точного діагнозу, що становить реальну загрозу для життя пацієнта.

При **диференціальній діагностиці** болю в животі, насамперед, слід визначити, чи біль є проявом захворювань черевної порожнини, чи він є відображенням патології інших органів та систем.

При хворобах органів черевної порожнини больовий синдром має такі особливості:

- біль має дифузний характер, від свого епіцентру поширюється на весь живіт;
- біль посилюється під час пальпації над проекцією ураженого органа;
- відмічається локальний або дифузний захист черевних м'язів при пальпації;
- біль супроводжується змінами гучності перистальтичних шумів;
- після зміни положення тіла змінюється характер, локалізація та зона поширення болю;
- при больовому синдромі, як правило, наявні також й інші прояви патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – диспепсія, жовтяниця, гепатомегалія тощо.

Лікування абдомінального болю супроводжується деякими труднощами, зумовленими множинними його механізмами, мультисегментарною іннервацією органів травлення, індивідуальним сприйняттям болю [1].

Основні напрями усунення больового абдомінального синдрому:

- етіологічне й патогенетичне лікування основного захворювання;
- нормалізація тонусу гладеньких м'язів ШКТ;
- зниження вісцеральної чутливості;
- корекція механізмів відчуття болю.

Спазмолітичні засоби призначають лише після виключення гострої хірургічної патології [13]. Враховуючи, що провідним патофізіологічним механізмом розвитку є спазм гладеньких м'язів органів черевної порожнини, для купірування болю широко використовуються міорелаксанти. Блокатори фосфодіестерази (міотропні спазмолітики) – альверин, папаверин, дротаверин – є препаратами вибору для усунення спазму будь-якого ґенезу (особливо при функціональних розладах). Їх не рекомендується використовувати в курсовому лікуванні абдомінального болю через небезпеку розвитку гіперрелаксації м'язового волокна, наявності системних ефектів.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я запропонований такий поетапний підхід до купірування больового синдрому:

- 1-ий ступінь – неопіоїдні анальгетики;
- 2-ий ступінь – додаються м'які опіоїди;
- 3-ій ступінь – опіоїдні анальгетики [11].

Для усунення болю в животі з успіхом застосовуються М-холіноблокатори (атропін, платифілін, пірензепін, скополамін, бутилбромід). Оскільки неселективні препарати цієї групи володіють системним ефектом і характеризуються широким спектром побічних дій, тому їх використовують у режимі «за вимогою» [13, 17].

Як спазмолітичні препарати застосовуються також мебеверин (дюспаталін, селективний міотропний спазмолітик, блокатор натрієвих каналів), пінаверію бромід (дицетел, селективний блокатор кальцієвих каналів) і гіосцину бутилбромід (бускопан, нейротропний спазмолітик) [6, 10, 16, 18].

Фармакологічними властивостями гіосцину бутилброміду при прийомі всередину є зв'язування з мускариновими рецепторами, які розташовані на вісцеральних гладеньких м'язах ШКТ і локально зменшують його моторику; парасимпатичний ефект блокування нервових вузлів через зв'язування з нікотинними рецепторами; слабке всмоктування, поглинання з ШКТ і, отже, обмежений ризик системних антихолінергічних ефектів (навіть у дозах, що перевищують лікувальну) [35].

У низці досліджень показаний добрий ефект при купіруванні болю для комбінації спазмолітику гіосцину бутилброміду з анальгетиком парацетамолом [31, 33]. Доведена доцільність застосування препарату для усунення вісцерального компонента болю будь-якого походження (гострого, хронічного, органічного, функціонального) [31, 35].

При зниженні рухової активності або дискоординації за змішаним типом використовують прокінетики. Моторні порушення верхніх відділів

травного тракту добре коригують блокатори дофамінових рецепторів – метоклопрамід або більш активний домперидон. Метоклопрамід призначають усередину по 10 мг 3-4 р/добу, у гострий період – в/в або в/м 10-20 мг 1-2 р/добу; домперидон – всередину по 20 мг 3-4 р/добу за 10-30 хв. до прийому їжі та перед сном [2].

Оскільки гостру хірургічну патологію диференціювати від нехірургічних причин абдомінального болю досить важко, тому при будь-яких проявах гострого болю в животі від застосування анальгетиків на догоспітальному етапі слід утриматись.

У разі тривалого та інтенсивного абдомінального болю, коли порушується його сприйняття, виникає необхідність включення до терапії блокаторів серотонінових рецепторів, ненаркотичних анальгетиків, зокрема НПЗП, і психотропних засобів.

При виборі НПЗП важливо враховувати його профіль гастроінтестинальної безпеки [2, 15]. Використання селективних інгібіторів ЦОГ-2 не завжди дозволяє досягти адекватного анальгетичного ефекту. Серед неопіоїдних анальгетиків класу НПЗП варто призначати парацетамол через менший побічний вплив на ШКТ [8, 23, 27, 32]. Ефект НПЗП посилюють антиконвульсанти, трициклічні антидепресанти.

Широкому застосуванню опіоїдів перешкоджають їх численні побічні ефекти: розвиток толерантності, аддикції, формування аномальної чутливості ШКТ, когнітивні дисфункції, гормональні зміни та дисмодуляція імунної системи [23].

Широке застосування опіоїдів для хворих із незлоякісною патологією нерідко призводить до виникнення «вадового кола»: необхідна ескалація дози через неадекватну анальгезію, одночасно збільшення частоти й вираженості побічних ефектів вимагає зниження дози, що призводить до неадекватного ефекту усунення болю [34]. Сьогодні можливим виходом із ситуації є застосування анальгетику нового покоління – дексалгіну, який володіє швидким і вираженим знеболюючим ефектом, при цьому профіль гастроінтестинальної безпеки порівняний із селективними інгібіторами ЦОГ-2.

У розвитку достатньо сильного, інтенсивного

та стійкого до лікування абдомінального болю (хронічний панкреатит із тяжким перебігом, онкологічні захворювання тощо) вирішальне значення має виражена дезадаптація ноцицептивних структур ЦНС і гуморальної передачі. При цьому в терапії застосовуються психотропні засоби, ненаркотичні анальгетики й наркотичні засоби [16].

У разі інтенсивного абдомінального больового синдрому, НПЗП (декскетопрофен) можна призначати в комбінації з опіоїдними анальгетиками, що дозволяє зменшити дозу використовуваного наркотичного анальгетика та знизити ризик розвитку побічних ефектів.

Для усунення болю в животі особливе значення мають препарати, що впливають на вісцеральну чутливість і механізми сприйняття болю. Це стосується, насамперед, пацієнтів із функціональними захворюваннями ШКТ (функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, функціональний абдомінальний біль тощо) і психогенним болем [22, 30].

Доцільним є використання антидепресантів, антагоністів серотонінових рецепторів, агоністів до опіоїдних рецепторів, аналогів соматостатину (октреоїду). Антидепресанти (амітриптилін, міансерин) реалізують протибольовий ефект двома шляхами:

1) за рахунок зменшення депресивної симптоматики, оскільки хронічний біль може бути маскою депресії;

2) за рахунок активації антиноцицептивних серотонінергічних і норадренергічних систем [22].

Кожний прояв гострого абдомінального синдрому є індивідуальним. Залежно від конкретної клінічної ситуації, коло захворювань, що підлягають першочерговій диференціальній діагностиці, звужується або розширюється, але лише висока професійна майстерність, глибоке знання патофізіологічних механізмів розвитку болю, вміння кваліфіковано проводити обстеження хворого та давати ґрунтовну й правильну оцінку виявленим ознакам дозволяють визначити своєчасність і правильність надання медичної допомоги як на амбулаторному, так й стаціонарному етапах.

Список використаної літератури

1. Баранская Е.К. Терапия абдоминальной боли [Текст] / Е.К. Баранская // Справочник поликлинического врача. - 2009. - №1. - С. 40-43.
2. Бенца Т.М. Синдром абдоминальной боли в практике врача-терапевта [Текст] / Т.М. Бенца // Новости медицины и фармации. - 2008. - №239. - С. 23-27.
3. Внутрішня медицина. Т. 1 [Текст] / за ред. К.М. Амосової. - К.: Медицина, 2008. - 1056 с.
4. Гастроэнтерология: национальное руководство [Текст] / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 704 с.
5. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки [Текст] / Н.Б. Губергриц. - Донецк: ООО «Лебедь», 2009. - 312 с.
6. Ивашкин В.Т. Абдоминальная боль в практике врача-интерниста [Текст] / В.Т. Ивашкин, Е.Л. Буеверова, О.М. Драпкина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - №2. - С. 59-64.
7. Катеренчук І.П. Діагностика і терапія болю в животі у практиці сімейного лікаря [Текст] / І.П. Катеренчук, О.О. Гуцаленко // Острые и неотложные состояния. - 2008. - №2/1. - С. 20-26.
8. Ливзан М.А. Болевой синдром в гастроэнтерологии - алгоритм терапии [Текст] / М.А. Ливзан // Медицинский совет. - 2010. - №3-4. - С. 68-70.

9. Маев И.В. Болевой абдоминальный синдром и место спазмолитиков в его коррекции [Текст] / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Н.Г. Андреев // Фарматека. - 2012. - №11. - С. 24-30.
10. Минушкин О.Н. Патофизиология абдоминальной боли. Современные подходы к терапии моторных нарушений [Текст] / О.Н. Минушкин, Г.А. Елизаветина // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. - 2012. - №3. - С. 52-60.
11. Осипенко М.Ф. Абдоминальная колика: вопросы диагностики и подходы к лечению [Электронный ресурс] / М.Ф. Осипенко, С.И. Холин // Русский медицинский журнал. - 2013. - №13. Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_8777.htm.
12. Передерий В.Г. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей [Текст] / В.Г. Передерий, С.М. Ткач. - Винница: Каштелянов А.И., 2011. - 770 с.
13. Пятница-Горпинченко Н. Абдоминальная боль в практике врача-терапевта [Текст] / Н. Пятница-Горпинченко // Здоров'я України. Тематичний номер «Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія». - 2011. - №3. - С. 16, 35.
14. Садовникова И.И. Абдоминальный болевой синдром: диагностика, лечение [Текст] / И.И. Садовникова // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. - 2009. - №2. - С. 72-75.
15. Свінціцький А.С. Диагностика та лікування поширених захворювань органів травлення [Текст] / А.С. Свінціцький. - К.: Медкнига, 2007. - 296 с.
16. Успенский Ю.П. Синдром абдоминальной боли в гастроэнтерологической практике (анализ проблемы) [Текст] / Ю.П. Успенский, И.Г. Пахомова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2007. - №5. - С. 21-31.
17. Фадеенко Г.Д. Абдоминальная боль в терапевтической практике: от патогенеза к лечению [Текст] / Г.Д. Фадеенко // Doctor. - 2003. - №4. - С. 72-74.
18. Харченко Н.В. Абдоминальная боль в практике гастроэнтеролога [Текст] / Н.В. Харченко, У.В. Родонежская // Журнал практичного лікаря. - 2003. - №4. - С. 8-12.
19. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения [Текст] / Д.М. Хендерсон. - СПб.: Невский диалект, 1997. - 287 с.
20. Циммерман Я.С. Абдоминальный болевой синдром: вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения [Текст] / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. - 2010. - №2. - С. 14-21.
21. Шульпекова Ю.В. Симптом висцеральной боли при патологии органов пищеварения [Текст] / Ю.В. Шульпекова, В.Т. Ивашкин // Врач. - 2008. - №9. - С. 12-16.
22. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: оптимальный подход к выбору лекарственного препарата [Текст] / Э.П. Яковенко, А.В. Яковенко, Н.А. Агафонова // Сучасна гастроентерологія. - 2009. - №1. - С. 99-107.
23. Acute and chronic pain: where we are and where we have to go [Text] / M. Allegri, M.R. Clark, J.De Andres, T.S. Jensen // Minerva Anesthesiol. - 2012. - Vol. 78. - P. 222-235.
24. Drossman D.A. Chronic functional abdominal pain [Text] / D.A. Drossman // Sleisenger & Fordtrans's gastrointestinal and liver disease. - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2003. - Vol. 1. - P. 90-97.
25. Drossman D.A. Severe and refractory chronic abdominal pain [Text] / D.A. Drossman // Clin. Gastroenterol. Hepatol. - 2008. - Vol. 6. - P. 978-982.
26. Elsenbruch S. Abdominal pain in irritable bowel syndrome: a review of putative psychological, neural and neuro-immune mechanisms [Text] / S. Elsenbruch // Brain Behav. Immun. - 2011. - Vol. 25. - P. 386-394.
27. Ernst E. Chiropractic treatment for gastrointestinal problems: a systematic review of clinical trials [Text] / E. Ernst // Can. J. Gastroenterol. - 2011. - Vol. 25. - P. 39-40.
28. Fields J.M. Systemic causes of abdominal pain [Text] / J.M.Fields, A.J.Dean // Emerg. Med. Clin. North Am. - 2011. - Vol. 29. - P. 195-210.
29. Glasgow R.E. Abdominal pain, including the acute abdomen [Text] / R.E. Glasgow, S.J. Mulvihill // Sleisenger & Fordtrans's gastrointestinal and liver disease. - Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2003. - Vol. 1. - P. 80-90.
30. Grover M. Functional abdominal pain [Text] / M. Grover, D.A. Drossman // Curr. Gastroenterol. Rep. - 2010. - Vol. 12. - P. 391-398.
31. Mertz H. How effective are oral hyoscine butylbromide and paracetamol for the relief of crampy abdominal pain? [Text] / H. Mertz // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. - 2007. - Vol. 4. - P. 10-11.
32. Paracetamol vs piroxicam to relieve pain in renal colic. Results of a randomized controlled trial [Text] / M.H. Grissa, Y.E. Claessens, W. Bouida [et al.] // Am. J. Emerg. Med. - 2011. - Vol. 29. - P. 203-206.
33. Placebo- and paracetamol-controlled study on the efficacy and tolerability of hyoscine butylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain [Text] / S. Mueller-Lissner, G.N. Tytgat, L.G. Paulo [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2006. - Vol. 23. - P. 1741-1748.
34. Quinlan J. Acute pain management in patients with persistent pain [Text] / J. Quinlan, K. Carter // Curr. Opin. Support Palliat. Care. - 2012. - Vol. 6. - P. 188-193.
35. Tytgat G.N. Hyoscine butylbromide - a review on its parenteral use in acute abdominal spasm and as an aid in abdominal diagnostic and therapeutic procedures [Text] / G.N. Tytgat // Curr. Med. Res. Opin. - 2008. - Vol. 24. - P. 3159-3173.

ABDOMINAL PAIN IN CLINICAL PRACTICE

A.S. Svintsitsky

Summary

In the article the etiology, pathogenesis, differential diagnosis algorithm and the principles of treatment of various types of abdominal pain are discussed. It is emphasized that each of them has specific features, knowledge of which greatly helps to find out the causes of pain and to choose the right treatment strategy.

Keywords: abdominal pain, causes, differential diagnosis, treatment.