

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
Украинская медицинская стоматологическая академия

**«Утверждено»**  
на заседании кафедры  
Внутренней медицины № 1  
Заведующий кафедрой  
Профессор Скрыпник И.Н.

\_\_\_\_\_  
Протокол № 2 15.09.2016 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

<i>Дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Современная практика внутренней медицины
Содержательный модуль	Ведение пациентов из основными симптомами и синдромами в гастроэнтерологической клинике
<i>Тематические сессии</i>	<b>Ведение больного с болью в животе</b>
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медицинская №1

Полтава 2016 г.

## 1. Актуальность темы

Боль в животе в гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии является одной из основных проблем с точки зрения диагностических и терапевтических. С этой проблемой каждый день общаются врачи многих специальностей, прежде всего терапевты и врачи скорой помощи.

Хронические боли в животе в большинстве случаев являются основным симптомом гастроэнтерологических заболеваний. Причины его возникновения многочисленных и разнообразных механизмов. Однако, основные характеристики боли различной этиологии (интенсивность, локализация, время наступления, продолжительность, т. д.) не имеют строгой специфичности и часто похожи на друг друга, что может привести к ошибкам диагностики и правильного лечения.

Боль в животе является ведущим на большинство заболеваний органов пищеварения. Боль является спонтанное субъективное ощущение, которое возникает в результате вступления в центральную нервную систему патологических импульсов от периферии (в отличие от боли, которая определяется в анализе, например, пальпация). Тип боли, ее характер не всегда зависит от интенсивности стимула инициации. Органы брюшной полости, обычно толерантны к многим патологическим стимулам, которые при действии к коже, вызывая сильную боль. Разрыв, разрез или дробления внутренних органов не сопровождается видимыми чувствами. В то же время растяжения и стресс стенок полых органов раздражает болевые рецепторы. Да, натяжение брюшины (опухоль), растяжение полого органа (например, желчная колика) или сильное сокращения мышц вызывают абдоминальную боль. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости (пищевода, желудка, желчного пузыря, желчных и панкреатических протоков) расположены в мышцах в их стенках. Подобные рецепторы находятся в капсуле паренхиматозных органов, таких как печень, почки, селезенка, и растяжения также сопровождается болью. Брюшная и паравентральная брюшина чувствительны к болевому раздражителю, в то время как висцеральная и большой сальник лишены болевой чувствительности.

## 2. Конкретные цели.

Студент должен знать:

- Эпидемиология, этиопатогенез и патоморфология брюшной боли;
- Чтобы иметь возможность проводить опросы и объективного обследования пациентов с абдоминальной болью
- Анализ механизмов различных вариантов боли в животе
- Объяснить основные клинические синдромы; особенности клинического течения
- Диагностические возможности дополнительных исследований методов: лаборатория, ФГС, радиологическое, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, дыхательные тесты, видео капсулы эндоскопия)
- Объяснить принципы дифференциальной диагностики брюшной боли
- Определить основные варианты клинического течения и осложнений
- Знать тактику ведения пациентов в зависимости от причины
- План изучения и лечение
- Современный подход к лечению брюшной боли в зависимости от причины
- Проведение первичной и вторичной профилактики
- Сделать прогноз и производительность.

## 3. Базовые знания, навыки, необходимые для изучения темы.

(междисциплинарная интеграция)

№	Имена предыдущих субъектов	Навыки обучения
1	Анатомия	Анатомические особенности структуры органов ЖКТ
2	Физиология	Физиологические особенности ЖКТ

3	Патофизиология	Этиология и патогенез, абдоминальные боли
4	Пропедевтики внутренних болезней	Симптомапатологии боли в животе. Клинические варианты течения. Владение методами обследования пациента с болью в животе. Изменения результатов лабораторных и инструментальных исследований.
5	Фармакология	Принципы лечения абдоминальной боли, рецепты

#### 4. Задачи для самостоятельной работы для подготовки до занятиям

Список основных терминов, параметров, характеристик, которые должны усвоить студенты в рамках подготовки к занятиям.

№	Термин	Определение
1	Острая боль	Развивается, как правило, быстро или, по крайней мере, имеет небольшое количество времени (минуты, редко несколько часов
2	Хронические боли в животе	- это сложный синдром, комплекс местных, неврологических, нейropsychических та остальных признаков, которые представляют собой серьезную болезнь всего организма, что сопровождается острым ухудшением качества жизни и требует много направленной коррекции.
3	Острый живот	Комплекс симптомов, характеризуется сильной болью в животе, которая появляется в течение нескольких часов или дней, в сопровождении диспепсическими расстройствами, признаки раздражения брюшины и тяжелым положение общего состояния пациента.
4	Пищевое отравление	Заболевания, связанные с приемом ядовитых вещества, которые не связаны с возбудителей инфекционных заболеваний.
5	Токсикоинфекция	Болезнь, которая возникла в результате попадания в организм вместе с пищей возбудителей инфекций.
6	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	является периодический выход кадии и части желудка или только фундальной части желудка в грудную полости через пищеводное отверстие в диафрагме.
7	Френикус симптом	Болезненностью при нажатии в области ножек правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

8	Симптом Ортнера-Рашби	Появление местных болей в желчном пузыре, при нажатии по края правой реберной дуги
9	Симптом Мерфи	Пациент не может вдыхать, когда вы нажимаете пальцем на области желчного пузыря
10	Симптом Штернберг	Болезненность при глубокой пальпации внутренней поверхности реберной дуги

Теоретические вопросы :

1. Определение абдоминальной боли
2. этиология и патогенез боли в животе
3. Основные клинические симптомы абдоминального болю
4. Классификация
5. Особенности клинического течения
6. Диагностика
7. Дифференциальный диагноз хронической абдоминальной боли
8. Подготовка плана обследования, дополнительные лабораторные, инструментальные методы обследования (рентгеноскопия ЖЕЛУДКА, верхняя и Нижняя эндоскопия, УЗИ, общий и биохимический анализы)
9. Осложнения
10. Тактика ведения пациентов в зависимости от основных причин
11. Консервативное и хирургическое лечение
12. Первичная и вторичная профилактика
13. Прогноз, трудоспособности

#### Студент должен уметь

- целенаправленно собирать жалобы и анамнез в пациента;
- проводить обследования, выявлять и оценивать изменения в его состояния;
- сформулировать предварительный диагноз
- сделать план дополнительных обследований и оценить его результаты.
- оценить лабораторные и инструментальные методы исследования.
- сложить схему дифференциальных диагнозов
- для разработки клинического диагноза согласно требованиям современной классификации
- сделать план лечения в зависимости от варианта течения
- назначать лечение на разных стадиях реабилитации
- определяют тактику решения вопросов медико-социальной экспертизы , профилактика

#### Содержание темы

За скоростью наступления и продолжительности боль разделяют на острую и хроническую боль. Острая боль происходит внезапно, развивается быстрыми темпами, его продолжительность не превышает трех месяцев. Это обычно классифицируют как «сигнализация», то есть основной симптом, который показывает внешний вид патологии. Боль, которая возникла недавно, острая боль необходима не только для пациента, но для врача, поскольку он требует немедленного реагирования и быстрого уточнение его причины. Повторяющиеся эпизоды острой боли иногда может превратиться в хроническое, но хроническая боль нельзя рассматривать только как давно существующих симптомов или как количество повторяющихся приступов острой боли. Хроническая боль не является симптомом. Это сложный синдром, что отражает серьезное заболевание и характеризует не только локальным изменениям, но также нарушения со стороны центральной и периферической нервной системы. Что касается изменений желудочно-кишечного тракта, вызванных нарушением взаимодействия между больным органом-мишенью и системы

регулирования, так что любой висцеральный орган находится под контролем многочисленных регуляторных влияний.

### **Этиология и патогенез**

Органы брюшной полости не обычно чувствительны к многим стимулов, которые при прикасание к коже, вызывая сильную боль. Порезы, разрывы или другие повреждения внутренних органов брюшной полости не вызывают боли. Основными влияниями к которым висцеральные болезненные волокна чувствительны, есть растяжение или нарушение стенки кишечника. Это может быть напряжение брюшины (например, опухоль), растяжение полого органа (например, жовчна колика), или сильные мышечные сокращения (например, кишечная непроходимость). Нервные волокна, которые отвечают за боль в полых органах (кишечник, желчного пузыря, мочевого пузыря), расположены в мышечных слоях. В паренхиматозных органах (печень, почки, селезенка) нервных окончаний находятся в их капсулах и отвечают на ее расширение при увеличении объема органа. Брыжа, пареетальна плевра и перитонеальная устилана задней стенки брюшной полости чувствительны к боли, в то время как висцеральная плевра и большая сальник нет. Для появления боли скорости увеличения напряжения должно быть достаточно большим. Постепенное увеличение же напряжения, например, например при обструкции опухолью желчных путей, долго может быть безболезненным.

Воспаление и ишемии также может вызвать боль в висцеральных, это воспаление может увеличить чувствительность нервных окончаний и более низкий порог боли чем другие стимулы (в том числе в процессе развития других заболеваний на разных этапах). В механизмах возникновения и прогрессирования боли с воспаления участвует много биологических активных веществ (брадикинин, серотонин, гистамин, простагландин).

В списке кратко патофизиологические механизмы формирования боли в животе часто приводит к поздно, в лучшем котсроченой диагностики.

Боль в животе, которые часто жалуются пациенты с заболеваний органов пищеварения, через его характер часто позволяет определить причину заболевания даже без дополнительных методов обследования. Различают три типа боли в животе: висцеральный, соматический и отзеркальный, каждый из них имеет специфические черты, знания, которые делает его легче для выяснения причины болевых ощущений.

**Висцеральный боль**, боль возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах и проводится симпатическими волокнами. Основные импульсы для его возникновения является внезапное увеличение давления в полом органе и растяжения его стен (наиболее распространенные причиной), растяжения капсулы паренхиматозных органов, натяжения брыжи сосудистые нарушения. Висцеральный боль возникает непосредственно в поражённом органе, носить серьезный характер, и часто сопровождается потоотделением, тошнотой, рвотой, резкой бледностью кожи. Все попытки пациента уменьшить боль изменяя положение тела в постели, оказываются бесполезными. В зависимости от того, какой орган поражен, боль может быть локализованой в надчревьё, вокруг пупка или симфизом.

**Соматическая боль** обусловленная наличие патологических процессов в тканях, которые имеют окончание чувствительных нервов спинного мозга. Основные импульсы для его появления есть повреждения брюшной стенки и брюшины. Он имеет большую интенсивность, в то время как пациент может четко определить его локализацию.

**Отзеркальный боль в животе** наблюдается при заболеваниях головного мозга, мозговых оболочек и многих внутренних органов. он возникает как результат интенсивных раздражений пораженного органа, передаётся по всему нейросегменту, а иногда иррадиирует даже в соседние органы.

Таблица. Характеристика боли висцерального и соматического

Признаки	Типы болю
----------	-----------

	Висцеральный	Соматический
Характер	Зжимающий, спастический, тупой	Острый интенсивный
Локализация	рознитой, неопределенные, по срединной линии	Точковый в точки раздражения
Продолжительность	От минут до месяцев	Постоянная
Ритм (связь с питанием, время суток, акт дефекации, и др.)	Характеристика (ритм может быть правильно и неправильно)	Отсутствует
Иррадиация	Происходит, когда интенсивный характер и соответствует поражённому органу	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность на пальпацию	В месте локализации боли	В месте локализация больного органа
Лекарственной терапии	Эффективные лекарства, нормализует моторную функцию пораженного орган	Неэффективное и противопоказаны
Клинические примеры	Не осложненная по язвенной болезни Желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, язвы желудка или кишечника, спастическая дискинезия толстой кишки, перитоните, опухоли с раздражением пареетальной брюшины	Перфоративные и пенетрирующие

Особое внимание следует сосредоточить на боль, которая возникла недавно, потому что это часто быть предвестником так называемого острого живота-симптомокомплекс, характеризуется сильной боли в животе, которая появляется в течение нескольких часов или дней, сопровождается диспепсическими расстройствами, признаками раздражения брюшины и тяжелым общим состоянием пациента. Таким образом термин «острый живот», является собирательным понятием которое характеризуют клинические проявления различных заболеваний что требуют

немедленной госпитализации пациента в хирургический стационар или неотложной консультации хирурга.

Выяснение причин острой боли в животе всегда вызывает значительные трудности из-за анатомических особенностей брюшной полости, а также в результате схожести многих симптомов различных заболеваний для дифференциальной диагностики.

Кроме того, диагноз как на начальной и более поздних стадиях острых заболеваний брюшной полости часто осложняют такие объективные факторы, как низкая реактивность организма в старом и первые месяцы возраста атипичность развития и прогрессирования заболевания на фоне других патологических процессов (особенно у больных с экзо- и эндогенным поражением центральной нервной системы и эндокринных органов), индивидуальные варианты анатомии внутренних органов (например, ретроцекальное расположение аппендикса, внутрипеченочное расположение желчного пузыря), последствия ранее выполненных операций (отделения воспалительного органа от свободной брюшной полости спайками) и др.

### **Тактика ведения больного в зависимости от причины**

Предпосылкой для правильной оценки боли в животе и таким образом определить сущность патологического процесса и цели пациента адекватного лечения прежде всего является правильный сбор анамнеза. Для этого вам необходимо:

1. Установить расположение максимального ощущения боли, ее иррадиацию. Желательно чтобы пациент, если это возможно сам указал место локализации боли.
2. Определяют характер боли (тупая, острая, жгучая, постоянная, схваткообразная), динамика (увеличение, затухание и др.).
3. Определить обстоятельства, которые, по мнению пациента, являются появлением боли (нарушения в диете, резкие движения, физические перегрузки, волнение, и др.).
4. Узнать, будут ли влиять на боль изменения положения тела (в частности, принудительное положение), прием пищи, рвота, дефекация, или боль от зависимости дыхательных движений, кашель, и др.
5. Обнаружить расстройства пищеварения (вздутие живота, рвота, понос), боль в животе; отношение этих явлений во времени, совпадение с изменением цвета кожи, мочи, кала.
6. Спросить пациента, были ли у него в прошлом аналогичные болезненные приступы и как часто, есть ли взаимосвязь приступов с временем года, и др.

Хотя вопросы, которые необходимо учитывать тяжесть состояния больного, а иногда часть информации вы можете получить от его родственников. Эти компоненты дополняют обзор физикальное обследование пациента. В этом случае особое внимание должно быть уделено следующие:

1. Внешний вид пациента является выражением его лица, выражение лица, поведение (скудность или двигательный беспокойство), походка, вынужденное положение, участие живота в акте дыхания, цвет кожи, слизистых оболочек, состояние зрачков (расширен в ответ на сильные болевые ощущения, иногда с одной стороны).
2. Существование области кожи гипералгезии, перкуторной болезненности, болезненности отдельных органов, напряжение передней брюшной стенки, симптом Боткина-Блюмберга.
3. Наличие или отсутствие вздутия живота, перистальтику, мышечное напряжение (для кишечной непроходимости, перитонит), желтуха (желчекаменная болезнь), атеросклероз аорты и венечных артерий (инфаркт миокарда, тромбоз брыжеечных артерий), запах ацетона дыхания, нежные глаза (диабетическая прекома), цианоз, отек большого размера, болезненность печени с гладкой поверхностью (сердечная недостаточность), и др.
4. Изменения в других органах и системах как реакция на боль. Прежде всего это касается сердечно-сосудистой системы (пульс, артериальное давление), а также дыхательных и мочевыводящих путей. В случае жалоб больных с острой болью в животе и диспептическими явлениями, даже в отсутствие характерных местных симптомов, врач должен прежде всего думать об острой хирургической патологии. Для предполагаемого острого процесса в брюшной полости пациентов не могут назначать обезболивающие и спазмолитические средства, потому что они затуманивают клиническую картину, препятствуют своевременному установлению точного диагноза, которая представляет собой реальную угрозу для жизни пациента.

Среди многих причин острой боли в животе врачам необходимо учитывать следующее:

I. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

- 1) ущемления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- 2) перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки;
- 3) острый заворот желудка;
- 4) острый гастрит, флегмоны желудка;
- 5) острые пищевые отравления; острое транспилоричное выпадения слизистой оболочки из желудка.

II. Заболеваний печени, желчных путей, поджелудочной железы: 1) желчнокаменная болезнь; 2) острый безкаменный холецистит или обострения хронического; 3) перфорация желчного пузыря и желчных путей; 4) острый панкреатит или обострение острого хронического.

III. Заболеваний кишечника: 1) острая кишечная непроходимость; 2) перфорация кишки (при болезни Крона, живот сыпного тифа, опухоль кишечника, неспецифический язвенный и ишемический колит); 3) Острый аппендицит.

IV. Заболевания брыжеечных сосудов: 1) тромбозы, тромбоэмболии, сжатие брыжеечных артерий; 2) тромбоз брыжеечных вен; 3) узелковый периартериит.

V. Заболевания брюшины и брыжи: 1) перитонит (перфоративный, гематогенный); 2) поддиафрагмальный абсцесс.

VI. Гинекологические заболевания: 1) внематочная беременность; 2) перекрут ножки кисты; 3) острый аднексит; 4) апоплексия яичников; 5) перфорация матки (аборт, разрыв при беременности).

VII. Почек и мочевыводящих путей: 1) мочекаменная болезнь; 2) острый пиелонефрит; 3) острый паранефрит; 4) инфаркт миокарда почек; 5) нефротический криз.

VIII. Заболеваний селезенки: 1) закупоривание артерий или вен;

2) разрыв селезенки (травматический или самопроизвольно при спленомегалии).

IX. Заболевания нервной системы: 1) острое сегментарное нарушение; 2) солнечный синдром; 3) опоясывающий лишай; 4) табетический криз; 5) абдоминальная эпилепсия; 6) мигрень.

X. Заболевания легких, сердца: 1) острая пневмония; 2) диафрагмальный плеврит; 3) эмболии легочной артерии; 4) острая правожелудочковая недостаточность; 5) инфаркт миокарда; 6) перикардит; 7) разрыв разширяющей аневризмы аорты.

XI. Другие заболевания: а) диабетическая кома; 2) тиреотоксический криз; 3) гипо- и гиперпаратиреоз; 4) криз при болезни Аддисона; 5) порфириновая болезнь; 6) абдоминальный криз при отравлении свинцом; 7) болезнь Шейлея-Геноха (брюшная пурпура); -8) ревматическая лихорадка; 9) лейкопения; 10) гемолитический криз; 11) периодическая болезнь.

#### **Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования**

Таким образом дифференциальной диагностики заболеваний, которые сопровождаются острой болью в животе, довольно сложная и ответственная задача, в которой вы можете помочь целевой лабораторного и инструментального обследования. Основными из них являются следующие:

- 1) подозрение межпозвоночная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка;
- 2) подозрение с язвенной болезни является рентгенологическое и эндоскопические исследования;
- 3) подозрение перфорационных отверстий является рентгенологическое исследование, которое показывает наличие газа под диафрагмой;
- 4) при приступах острой боли в правом верхнем квадранте, который иррадирует в правую лопатку и плеча и сопровождается желтухой, может быть диагностирован печеночная колика, в отсутствие желтухи для подтверждения диагноза используется УЗИ в период ремиссии, а также определение трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина, который будет положительным для присутствия холестаза, которое часто сопровождает желчнокаменную болезнь;
- 5) чрезмерной и чувствительности желудка при пальпации опорожнения и промывание желудка с помощью зонда с следующие исследования промывочных вод
- 6) подозрение абсцесс
- 7) острая боль в левом верхнем квадранте, который иррадирует в поясничную область, область сердца, левую лопатку, является подтверждением панкреатита. Определить уровень амилазы в моче и крови; кальций мочевины.
- 8) боли в животе у женщин детородного возраста — тесты для беременности;



9) подозрению в почечной колике повторить анализ мочи, УЗИ, урография, сканирование из почек;

10) является отсутствие коленных рефлексов, собственность учеников neorologist, серологическая реакции

11) подозрение инфаркта миокарда ЭКГ, определение в крови активности Креатинфосфокиназы, LDG1, 2, АЛТ, АсАТ, с реактивный белок; ЕКГ диагностика.

12) подозрение базальной пневмонии - рентгенографии;

13) подозрение отравления является определение уровня свинца в крови, та мочи.

До принятия окончательного решения по лапароскопии острой боли в животе неясной этиологии следует еще раз все взвесить и исключать инфаркт миокарда, базальную пневмонию, острую правожелудочную недостаточность, порфирию.

В зависимости от конкретной клинической ситуации сужается или расширяется диапазон заболеваний, которые подпадают под дифференциальный диагноз, но в каждом случае расплывчатых диагнозов требует интенсификации диагностического процесса, творческого сотрудничества терапевта, хирурга и другие специалисты

## Лечение

Основные направления купирования боли в брюшной синдроме являются: а) этиологическое и патологическое лечение основного заболевания;

б) нормализация моторных расстройств;

в) снижение висцеральной чувствительности;

г) коррекции механизмов восприятия боли

Однако точность диагностики причин боли в животе составляет 50%. Интервал времени между появлением боли в области живота и окончательной проверки диагноза является:

- заболевания пищевода (рак пищевода) -8-22 недель;
- желудка (рак желудка) -10-28 недель;
- Поджелудочной железы (рак поджелудочной железы)-12-26 недель;
- колоректальный рак -24-37 недель.

Таким образом, повестка дня является вопрос о **симптоматическом лечении** хронической абдоминальной боли эффективное обезболивание.

Когда боль в животе, особенно хронические пациенты принимают лекарства, прежде чем обращаться к врачу. Наиболее часто используемые дротаверином, антацидные препараты, желчегонное действие и панкреатических ферментов. Дротаверин, как правило, имеет временный обезболивающий эффект для боли в желудке, ЖКТ и желчных путей.

**Антихолинергические** инструменты, которые блокируют рецепторы в мускариновые постсинапсы мембран органов цели, снижения внутриклеточной концентрации ионов кальция, что приводит к ослаблению мышц. Спазмолитики использование неизбирательный (препараты красавки, платифиллина и др.) и селективного М1 холиноблокаторы и др.). механизм действия миотропный спазмолитиков сводится к накоплению в клетках и снижение концентрации кальция ионов основных представителей этой группы препаратов являются Дротаверин, Но Шпа Форте, т. д.

Среди миотропных примечательно также является гимекромон, избирательно действует на сфинктер Одди и желчный пузырь.

Традиционные антихолинергические и спазмолитические препараты включают атропина, Дротаверин, папаверина гидрохлорид, гидротартрат платифиллина и метацин (0,002 г x 2 раза в день) и giascina бутилбромид, который назначают 10 мг x 3 раза в день, ацетилхолин рецепторов блокатор ризерпина-М1 (0,05 г x 2-3 раза в день),

Теперь чаще используется **бета-блокаторами натрия и кальциевых каналов**. Представители последнего поколения таких препаратов являются мебеверин.

Мебеверин блокирует натриевые каналы, что ограничивает поток калия и таким образом, мышечные спазмы. Препарат избирательно действует на кишечник и билиарный тракта. назначить его по 0,2 г (1 капсула) 2 раза в сутки в течение 15-20 минут до еды.

Пинаверина бромид является миотропным спазмолитиком. Препарат избирательно блокирует потенциал зависимых кальциевых каналов, L-типа гладких мышц кишечника и предотвращает в вход кальция в клетки. Препарат обладает антихолиноргическим, вазоспастическим и антиаритмичным действия. Назначают по 0,05 г 3 раза в день, до еды.

Для лечения пациентов с СРК с выраженной болью, следует использовать трициклические **антидепрессанты** (например, amitriptilin). Установлено, что антидепрессанты и нейролептики оказывают влияние на психогенную боль и возможность поднять порог висцеральной чувствительности. Сегодня обсуждали возможность использования антидепрессантов антагонистов 5-NT3-рецепторов, агонист рецепторов k-опиоидных, аналогов соматостатина (октреотида).

В средних дозах назначаются антидепрессанты amitriptilin, т. д., продолжительность их потребление должно быть минимум 4-6 недель.

#### **Алгоритм был боли в животе**

1. препараты, которые уменьшают интенсивность разрушения энтероцитов (антациды, висмута)
2. Мускариновые блокаторы рецепторов (препараты красавки,)
3. спазмолитики (Дротаверин)
4. ингибиторы Са каналов (дисител), ингибиторы Na каналов (дуспатолин)
5. Лиганды рецепторов сератонина антагонисты 5 NT3 ,антагонисты 5NT4
6. Препарат 5 ACS (Месалазин)
7. НПВП
8. Антидепрессанты
9. Опиаты

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини Том1. Підручник.-К.,2009.-784 с.:іл.
2. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
3. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007
4. Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
5. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
6. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
7. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
8. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
9. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
10. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
11. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
12. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
14. Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».
15. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев, 2007
16. Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
18. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010.
19. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основы диагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.
20. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.
21. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
22. Основы диагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.