

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

# План

- 1.Актуальность
- 2.Определение абдоминальной боли
- 3.Этиология
- 4.Классификации абдоминальной боли
  - 4.1.Патогенетическая классификация;
  - 4.2.По механизму возникновения;
  - 4.3.По локализации боли;
  - 4.4.Этиологическая классификация;
  - 4.5.По скорости развития.
- 5.Симптомы, требующие неотложной хирургической помощи
- 6.Диагностика
- 7.Дифференциальная диагностика абдоминальных болей
- 8.Тактика лечение
- 9.Выводы

# Актуальность

- С проблемой абдоминальной боли ежедневно сталкиваются врачи многих специальностей, в первую очередь терапевты, так как это одна из основных причин обращения больных.



**АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ** — наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов.

Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) дано следующее определение этого понятия: боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах данного повреждения. Иными словами, боль — важнейший сигнал о повреждении тканей, поступающий в ЦНС, и постоянно действующий регулятор гомеостатических реакций.

# Этиология абдоминальной боли

- **СПАЗМ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ** полых органов и выводных протоков (пищевод, желудок, кишечник, желчный пузырь, желчевыводящие пути, проток поджелудочной железы и др.);
- **РАСТЯЖЕНИЕ СТенок ПОЛЫХ ОРГАНОВ И НАТЯЖЕНИЕ ИХ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА;**
- **ИШЕМИЧЕСКИЕ ИЛИ ЗАСТОЙНЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СОСУДАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ** (спазм, атеросклеротическое, врожденное или другого происхождения стенозирование ветвей брюшной аорты, тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов, застой в системе воротной и нижней полой вены, нарушения микроциркуляции и др.);
- **СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ** (язвообразование, воспаление, некроз, опухолевый рост);
- **ПЕРФОРАЦИЯ, ПЕНЕТРАЦИЯ И ПЕРЕХОД ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА БРЮШИНУ (ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ БОЛЬ).**
- **!!! Часто указанные механизмы, вызывающие боль, сочетаются: одни участки полого органа находятся в состоянии сокращения, а другие — растягиваются; те или иные изменения внутренних органов сопровождаются реактивными изменениями сосудов, подключаются структурные изменения органов и т.д.**

# Классификации абдоминальной боли

## *I. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ*

### **1. Спастические боли (колики):**

- вызываются спазмом гладкой мускулатуры;
- возникают при органической патологии (печеночная, желудочная, почечная, панкреатическая, кишечная колики, спазм червеобразного отростка), при функциональных заболеваниях (синдром раздраженного кишечника), при отравлениях (свинцовая колика и т.д.);
- возникают внезапно и нередко так же внезапно прекращаются, т.е. имеют характер болевого приступа;
- при длительной спастической боли ее интенсивность изменяется — она уменьшается после применения тепла и антиспастических средств;
- сопровождаются типичной иррадиацией: в зависимости от места своего возникновения иррадиируют в спину, лопатку, поясничную область, нижние конечности;
- поведение больного характеризуется возбуждением и беспокойством, иногда он мечется в постели, принимает вынужденное положение;
- часто наблюдаются сопутствующие явления, которые вызываются по механизму висцеральных рефлексов (рвота, метеоризм, появление аритмий сердца, нарушение коронарного кровообращения и т.д.).

**2. Боли от растяжения полых органов (отличаются ноющим или тянущим характером и часто не имеют четкой локализации).**

**3. Боли, зависящие от нарушения местного кровообращения :**

— ангиоспастические — отличаются приступообразностью;  
— стенотические — более медленное проявление, но и те и другие обычно возникают на высоте пищеварения («брюшная жаба»); в случае тромбоза или эмболии сосуда боль приобретает жестокий, нарастающий характер).

**4. Перитонеальные боли:**

— возникают внезапно или постепенно и длятся более или менее продолжительное время, стихают постепенно;

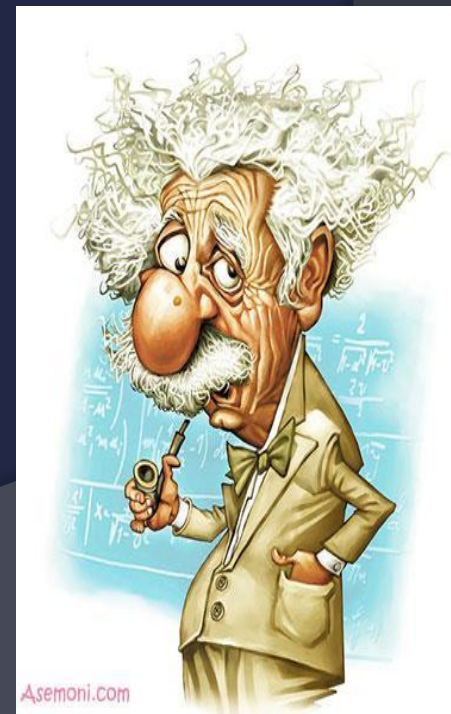
- отличаются более четкой локализацией; при пальпации можно обнаружить ограниченные болевые участки и точки;
- усиливаются от механического воздействия (при кашле, движении, пальпации);
- вызывают защитный рефлекс в виде выраженного напряжения мышц брюшной стенки;
- больной принимает наиболее покойное положение, избегая незначительных движений.

**5. Отраженные боли** (речь идет как об иррадиации болей, возникающих в пищеварительных органах, так и, напротив, об отражении боли в живот при заболевании других органов и систем).



## II. ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

**1. Висцеральная боль** — возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах, как правило, бывает диффузной, плохо локализованной. Основные причины ее возникновения — внезапное повышение давления в полном органе и растяжение его стенки (в большинстве случаев), растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, сосудистые нарушения. Появление висцеральной боли часто сопряжено с рефлекторными вегетативными реакциями (не приносящей облегчения рвотой, тахикардией или брадикардией, артериальной гипотензией).



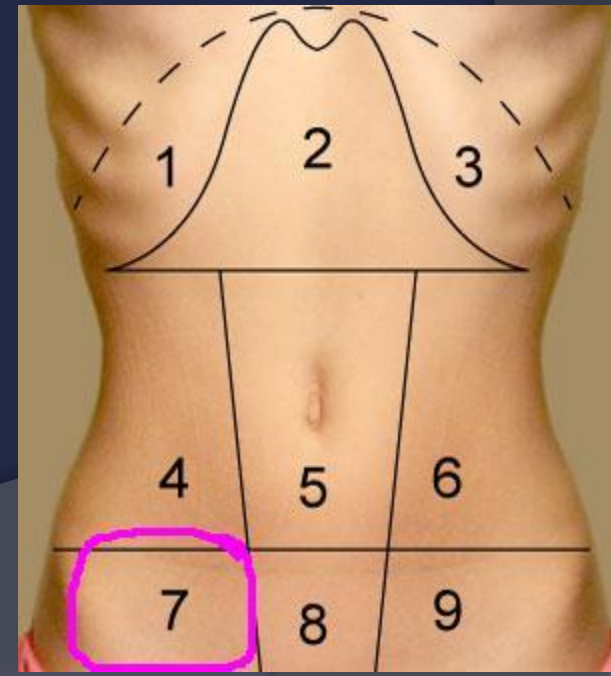
**2. Parietalная (соматическая)** — боль, возникающая при вовлечении в патологический процесс брюшины, брюшной стенки, носит острый характер, четко локализована, сопровождается напряжением мышц брюшной стенки, усиливается при изменении положения тела, кашле.

**3. Отраженная (иррадиирующая)** — возникает при чрезмерной интенсивности импульса висцеральной боли (например, прохождение камня) или анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки), передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости. Так, при повышении давления в кишечнике возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике — в спину, правую лопатку и плечо.

**4. Психогенная боль** — возникает при отсутствии висцеральной или соматической причин, или же последние играют роль пускового или предрасполагающего фактора. Особое место в ее возникновении принадлежит депрессии. Основные признаки данного вида боли: длительность, монотонность, диффузный характер и сочетание с болями другой локализации (головная боль, боль в спине, во всем теле).



### **III. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛИ (ТАБЛ. 1)**



Область локализации боли	Поражённые органы
Правый верхний отдел живота ( правое подреберье)	Печень, желчный пузырь, желчевыводящие пути, двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы, печеночный угол ободочной кишки, необычно расположенный червеобразный отросток, правая почка и мочеточник, правое лёгкое и плевра
Левый верхний отдел живота ( левое подреберье)	Желудок, поджелудочная железа ( хвост), селезёнка, селезёночный угол ободочной кишки, левая почка и мочеточник, левое лёгкое и плевра
Под мечевидным отростком ( надчревная область)	Поджелудочной железа, печень, желчные пути, желудок, сальник, нижний отдел пищевода, органы грудной клетки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, неврит чревного сплетения
Правая нижняя половина живота ( правая подвздошная область)	Аппендикс, терминальный отдел подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной, правая почка и мочеточник, правые придатки матки
Левая нижняя половина живота (левая подвздошная область)	Нисходящая и сигмовидная ободочная кишка, левая почка и мочеточник, левые придатки матки
Околопупочная область	Тонкая кишка, поперечная ободочная кишка, червеобразный отросток ( медиальное расположение), поджелудочная железа
Паховая и лобковая области	Мочевой пузырь, женские половые органы, прямая кишка

## **IV. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ**

### **1. Интраабдоминальные причины:**

- генерализованный перитонит: вторичный, развивающийся в результате перфорации полого органа, внематочной беременности, первичный (бактериальный и небактериальный);
- воспаление определенных органов: аппендицит, холецистит, холангит, дивертикулит, язвенная болезнь, гастродуоденит, гастроэнтерит и колит, панкреатит, воспаление органов малого таза, пиелонефрит, гепатит, лимфаденит;
- обструкция полого органа: интестинальная, билиарная, маточная, аорты, мочевыводящих путей;
- ишемические нарушения: мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекрыты органы (желчного пузыря, яичников, кишечных петель и т.д.);
- другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, отмена наркотиков, синдром Мюнхгаузена, гемолитическая анемия, свинцовая интоксикация.

**2. Экстраабдоминальные причины, т.е. иррадиирующие боли при заболеваниях, локализующихся вне брюшной полости (псевдоабдоминальный синдром (ПАС) — симптомокомплекс, включающий проявления, напоминающие клиническую картину «острого живота», но формирующийся патологией других органов — сердца, легких, плевры, эндокринных органов, а также в результате интоксикации, некоторых форм отравлений и др.):**

— заболевания органов грудной полости: пневмонии, ишемия миокарда, эмболия легочной артерии, пневмоторакс, плеврит, заболевания пищевода;

— неврогенные: *Herpes zoster*, заболевания позвоночника, сифилис, полиневрит;

— метаболические нарушения: сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, токсический зоб, уремия, порфирия;

— воздействие токсинов: укусы насекомых, отравление ядами.

## V. КЛАССИФИКАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПО СКОРОСТИ РАЗВИТИЯ

Абдоминальные боли подразделяются на **ОСТРЫЕ**, развивающиеся, как правило, быстро, реже — постепенно и имеющие небольшую временную продолжительность (минуты, редко несколько часов), и **ХРОНИЧЕСКИЕ**, для которых характерно постепенное нарастание или рецидивирование на протяжении недель или месяцев (табл. 2).



Характер, темп развития	Причины ( болезни)
Мгновенно возникающие, интенсивные, мучительные боли	Перфоративная язва, разрыв аневризмы крупного сосуда, желчные или почечные колики ( при прохождении камней), инфаркт миокарда
Быстро возникающие ( в течение нескольких минут), интенсивные боли постоянного характера	Острый панкреатит, полная кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов
Постепенно возникающая абдоминальная боль ( может длиться часами)	Острый холецистит, дивертикулит, острый аппендицит
Интермитирующая и коликообразная боль ( может длиться часами)	Подострый панкреатит на ранних стадиях развития, механическая тонкокишечная непроходимость



Наличие болевого абдоминального синдрома требует углубленного обследования больного для уточнения механизмов его развития и выбора тактики лечения. Для оценки интенсивности болевого синдрома существует несколько способов (табл. 3).



Способ	Градации боли	Когда используется
<p>Пятизначная общая шкала</p>	<p>0 - нет боли  1 –слабая ( чуть-чуть)  2 – умеренная ( болит)  3 – сильная ( очень болит)  4 – невыносимая (нельзя терпеть)</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Словесная количественная шкала</p>	<p>0...5...10  Нет боли - невыносимая</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Визуальная аналоговая шкала ( линия 10 см, скользящая линейка)</p>	<p>_____</p> <p>Нет боли - невыносимая</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Поведенческие и психологические параметры ( эти признаки следует принимать во внимание с осторожностью, т.к. они не являются специфичными)</p>	<p>Мимические гримасы, повышение голоса, бледность, потливость, слезотечение, расширение зрачка, тахикардия, гипертензия</p>	<p>При оценке/обследовании больных в бессознательном состоянии</p>
<p>Оценка жизненно важных функций больного врачом</p>	<p>Может ли пациент осуществлять самостоятельно основные функции ( напр. произвольное глубокое дыхание, кашель и т.д.)</p>	<p>Соотнести с субъективными оценками, полученными от самого пациента</p>

## ***К ОПАСНЫМ СИМПТОМАМ, ТРЕБУЮЩИМ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОТЛОЖНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ, ОТНОСЯТСЯ:***

- головокружение, слабость, апатия;
- артериальная гипотония, тахикардия;
- видимое кровотечение;
- лихорадка;
- повторная рвота;
- нарастающее увеличение объема живота;
- отсутствие отхождения газов, перистальтических шумов;
- усиление боли в животе;
- напряжение мышц брюшной стенки;
- положительный симптом Щеткина — Блюмберга;
- обмороки во время акта дефекации.



# Диагностика

- 1. Анамнез: длительность, локализация, характер боли, сопутствующие симптомы.

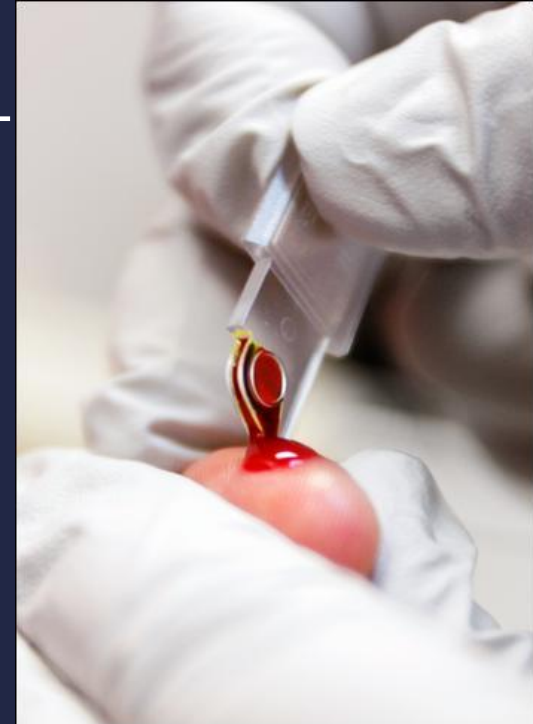


- 2. У всех женщин репродуктивного возраста необходимо провести биохимический тест на определение беременности.



- 3. Анализ мочи помогает диагностировать инфекцию мочеполового тракта, пиелонефрит и уролитиаз, однако является неспецифичным (например, при остром аппендиците может выявиться пиурия).

- 4. При воспалении, как правило, имеется лейкоцитоз (например, при аппендиците, дивертикулите), однако нормальный анализ крови не исключает наличия воспалительного или инфекционного заболевания.
- 5. Результаты исследования функциональных печеночных тестов, амилазы и липазы могут указывать на патологию печени, желчного пузыря или поджелудочной железы.



⦿ 6. Методы визуализации:

— при подозрении на заболевание билиарного тракта, аневризму брюшной аорты, внематочную беременность или асцит методом выбора является УЗИ брюшной полости;

— КТ органов брюшной полости довольно часто позволяет поставить правильный диагноз (нефролитиаз, аневризма брюшной аорты, дивертикулит, аппендицит, мезентериальная ишемия, кишечная непроходимость);

— обзорная рентгенография брюшной полости применяется только для исключения перфорации полого органа и кишечной непроходимости;

— ЭКГ для исключения ишемии миокарда.



# Острая боль в животе

Анамнез, в том числе длительность, локализация и характер боли, сопутствующие симптомы, данные о менструациях  
Физикальное обследование

Общий анализ крови, гемограмма, определение содержания амилазы и глюкозы крови  
Анализ мочи  
Тесты на беременность

①

MedUniver.com  
Все по медицине...  
Диагноз неясен

Диагноз ясен

Соответствующее лечение

Шока нет

Шок

Определить наличие: мышечной защиты болезненности при перкуссии

Жидкость в/в  
Переливание крови при необходимости

Отсутствуют или минимально выражены

Умеренно или резко выражены

②

Обзорная рентгенография брюшной полости

Возможны: дивертикулез  
ишемия кишечника  
воспалительное заболевание тазовых органов

Возможны: аппендицит  
холецистит  
перфорация язвы

③

Возможны: аневризма аорты  
апоплексия органа брюшной полости  
эктопическая беременность  
геморрагический панкреатит

Кишечная непроходимость

Определить локализацию

Желчекаменная болезнь

Холецистэктомия при необходимости

Мочекаменная болезнь

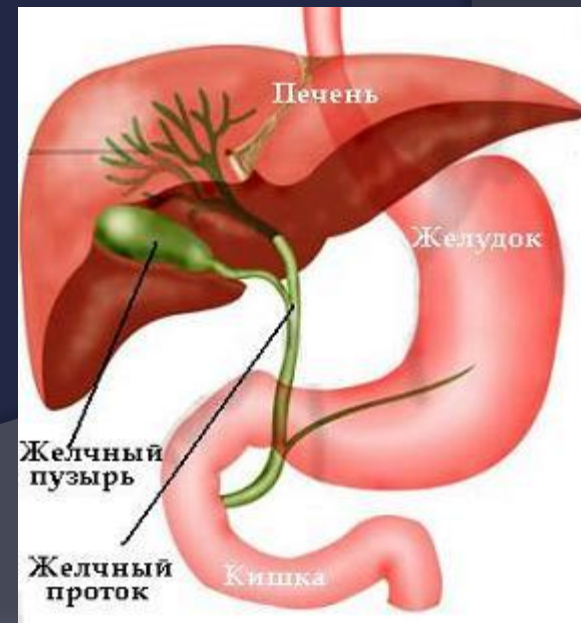
Внутривенная пиелография

## диагностика абдоминальных болей

- **ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ** — больной внезапно ощущает чрезвычайно резкую боль в эпигастральной области, которую сравнивают с болью от удара кинжалом. Вначале боль локализуется в верхних отделах живота и справа от средней линии, что характерно для прободения язвы двенадцатиперстной кишки. Вскоре боль распространяется по всей правой половине живота, захватывая правую подвздошную область, а затем — по всему животу. Характерная поза больного: лежит на боку или на спине с приведенными к животу нижними конечностями, согнутыми в коленях, охватив руками живот, или принимает коленно-локтевое положение. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, в более позднем периоде — развитие локального перитонита. Перкуторно определяется отсутствие печеночной тупости, что указывает на наличие свободного газа в брюшной полости.



- **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ** — характеризуется повторяющимися приступами острых болей в правом подреберье, которые со провождаются повышенной температурой тела, многократной рвотой, иногда — желтухой, что нехарактерно для прободной язвы желудка. Когда развивается картина перитонита, дифференциальная диагностика затруднена, распознать его причину в этот период помогает видеоэндоскопическая техника. Однако при объективном исследовании живота удается пальпировать напряженные мышцы лишь в правой подвздошной области, где иногда определяется увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Отмечаются положительный симптом Ортнера, френикус-симптом, высокий лейкоцитоз, частый пульс.



- **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ** — началу заболевания предшествует употребление жирной обильной пищи. Внезапно возникшие острые боли носят опоясывающий характер, сопровождаются неукротимой рвотой желудочным содержимым с желчью. Больной кричит от боли, не находит покойного положения в постели. Живот вздут, напряжение мышц как при прободной язве, перистальтика ослаблена. Наблюдаются положительные симптомы Воскресенского и Мэйо — Робсона. В биохимических анализах крови — высокий показатель амилазы, иногда — билирубина.

- **ПЕЧЕНОЧНАЯ И ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКИ** — острые боли носят схваткообразный характер, налицо клинические проявления желчнокаменной или мочекаменной болезни.
- **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ** необходимо дифференцировать с **прободной язвой**. Так как при прободной язве желудочное содержимое спускается в правую подвздошную область, оно вызывает резкую боль в правой подвздошной области, эпигастрии, напряжение передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

- ◎ **ТРОМБОЭМБОЛИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ** — характеризуется внезапным приступом боли в животе без определенной локализации. Больной беспокоен, мечется в постели, быстро развиваются интоксикация и коллапс, появляется жидкий стул с примесью крови. Живот вздут без напряжения передней брюшной стенки, перистальтика отсутствует. Пульс частый. Выявляется порок сердца с мерцательной аритмией. Нередко в анамнезе есть указание на эмболию периферических сосудов ветвей аорты.

- ◎ **РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА БРЮШНОЙ АОРТЫ** — встречается у людей пожилого возраста с выраженным атеросклерозом. Начало расслоения проявляется внезапно возникшей болью в эпигастрии. Живот не вздут, однако мышцы передней брюшной стенки напряжены. Пальпаторно в брюшной полости определяется болезненное опухолевидное пульсирующее образование, над которым выслушивается грубый систолический шум. Пульс учащен, артериальное давление снижено. Пульсация подвздошных артерий ослаблена или отсутствует, конечности холодные. При вовлечении в процесс бифуркации аорты и устья почечных артерий выявляются признаки острой ишемии, наступает анурия, быстро нарастают явления сердечной недостаточности.
- ◎ **НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ И ПЛЕВРИТ** — иногда могут давать клиническую картину абдоминального синдрома, однако при обследовании выявляются все признаки воспалительного заболевания легких.

# Тактика лечения абдоминальной боли

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА:

- этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания;
- нормализация моторных расстройств;
- снижение висцеральной чувствительности;
- коррекция механизмов восприятия боли.

**Релаксанты** гладкой мускулатуры пищеварительного тракта применяют для снижения сократительной активности гладких мышц, устранения спазма и восстановления нормального транзита. Применяют селективные М-холиноблокаторы:

**скополамина бутилбромид** п/к, в/м или в/в по 2–4 мл 2–3 раза в сут., внутрь по 10–20 мг 3–5 раз в сут.

**Миотропные спазмолитики прямого действия** (папаверин, дротаверин) широко применяются для купирования спазмов и абдоминальной боли. Дротаверин (но-шпа) – более сильный спазмолитик по сравнению с папаверином. Однако при синдроме раздраженной кишки с абдоминальной болью, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, заболеваниях желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди доза дротаверина должна быть увеличена до 80 мг.

## Мебеверин

Препарат в 20–30 раз эффективнее папаверина по способности релаксировать сфинктер Одди.

Препарат обладает пролонгированным действием, назначается по 1 капс. (200 мг) 2 раза в день утром и вечером за 20 мин до еды.



SMED.RU





При снижении двигательной активности или дискоординации по смешанному типу используют **прокинетики**.

Моторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта хорошо корригируют блокаторы допаминовых рецепторов — метоклопрамид или более активный домперидон.

**Метоклопрамид** назначают внутрь по 10 мг 3–4 раза в сут., в острый период — в/в или в/м 10–20 мг 1–2 раза в сут.

**Домперидон** — внутрь по 20 мг 3–4 раза в сут. за 10–30 мин до еды и перед сном.



В качестве корректоров механизмов восприятия боли целесообразно использовать ненаркотические анальгетики, в частности **нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):**

### **Дексалгин**

Назначается в разовой дозе 50 мг (2 мл) в/в струйно или в/м, максимальная суточная доза 150 мг. Также возможно использовать пероральную форму дексалгина 25 мг , максимальная суточная доза 75 мг.

При необходимости, в случае интенсивного болевого абдоминального синдрома, дексалгин может быть назначен в сочетании с опиоидными анальгетиками.



## Ступенчатый алгоритм рациональной терапии болевого абдоминального синдрома (по В.Т. Ивашкину, 2002)

Таблица 6

I ступень	
Боли в животе при функциональной (неязвенной) диспепсии, синдроме раздраженного кишечника легкого течения, дисфункции сфинктера Одди, обострении желчнокаменной болезни и др.	<ul style="list-style-type: none"><li>— Дротаверин (неселективный миотропный спазмолитик)</li><li>— мебеверин (селективный миотропный спазмолитик, блокатор натриевых каналов)</li><li>— пинаверия бромид (селективный блокатор кальциевых каналов)</li><li>— гиосцина бутилбромид (высоко-селективный М-холиноблокатор)</li></ul>
II ступень	
Боль длительная, интенсивная и усиливающаяся, нарушается ее восприятие: синдром раздраженного кишечника среднего и тяжелого течения, дисфункция или стеноз сфинктера Одди, обострение желчнокаменной болезни или хронического панкреатита и др.	К терапии присоединяют: <ul style="list-style-type: none"><li>— блокаторы серотониновых рецепторов;</li><li>— НПВП;</li><li>— ненаркотические анальгетики, психотропные средства</li></ul>
III ступень	
Боли сильные, интенсивные и устойчивые к лечению: хронический панкреатит тяжелого течения, хронические заболевания кишечника, онкологическая патология и др.	В терапии применяются: <ul style="list-style-type: none"><li>— психотропные средства;</li><li>— ненаркотические анальгетики;</li><li>— наркотические средства</li></ul>

## Другие мероприятия при абдоминальной боли:

- при нестабильности гемодинамики необходима регидратация изотоническим раствором натрия хлорида; необходимость такой инфузии имеется всегда при желудочно-кишечном кровотечении (при шоке — инфузия симпатомиметиков);
- назогастральный зонд — при неукротимой рвоте или кишечной непроходимости;
- симптоматическая терапия тошноты и рвоты: прометазин внутрь после еды по 25 мг 2–3 раза в сут.; ондансетрон (при химиотерапии рака) 8 мг в/в медленно с последующим применением 8 мг внутрь с интервалом 12 часов;
- эмпирическая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (эффективными в отношении грамотрицательной и анаэробной флоры);
- при необходимости — консультация хирурга и гинеколога.

# Выводы

1. Абдоминальная боль — наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов.
2. Абдоминальные боли обусловлены различными этиологическими факторами и механизмами.
3. Лечение болевого синдрома должно быть направлено на нормализацию структурных и функциональных нарушений пораженного органа, а также нормализацию функций нервной системы, ответственных за восприятие болей.
4. Как мы видим, причины **абдоминальной боли** могут быть совершенно разными, от временных вздутий, до серьезных заболеваний. Поэтому если боль вызывает беспокойство, не тяните, а обращайтесь к врачу.

**Спасибо за внимание!!!**

**БОЛЬШО-ОЕ СПАСИБО!**

