

Абдоминальный болевой синдром

Выполнили
студенты гр. 1607:
Хайрутдинов И.Н.
Нурмиев Ф.Р.
Саляхов И.И.

Абдоминальный болевой синдром

- субъективное ощущение боли возникающее вследствие поступления в ЦНС патологических импульсов от органов брюшной полости.
- Является основным проявлением острых и большинства хронических заболеваний.

«Острый» живот

Это - симптомокомплекс отражающий патологическое состояние организма при котором произошло серьезное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины.

Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки.



ЭТИОЛОГИЯ

- Связанные с заболеванием органов пищеварения
- Связанные с поражением других органов и систем
- Связанные с воздействием различных веществ и лекарственных препаратов

Связанные с заболеванием органов пищеварения

Активность ГМК
полых органов
ЖКТ

- Кишечная колика
- Ущемление камня в шейке ЖП

Растяжение
стенки и
внутрипротоковая
гипертензия

- Обструкция камнем холедоха
- Острый панкреатит
- Кишечная непроходимость
- Местный перитонит

Поражение
висцеральной
или
париетальной
плевры

- (аппендицит, холецистит)
- Рак прорастание в брюшину
- Язва желудка/12пк достигаящий

Растяжение
капсулы
паренхиматозных
органов

- брюшину
- Острый гепатит
- Отек ПЖЖ

Связанные с поражением других органов и систем

- ИМ заднедиафрагмальная стенка
- Диафрагмальный плеврит
- Острый пиелонефрит, почечная колика
- Аднексит, внематочная беременность
- Свинцовая интоксикация
- Острая перемежающаяся порфирия
- Патология щитовидной железы
- Анемия
- Истерия, депрессия
- и т.д.

Связанные с воздействием различных веществ и лекарственных препаратов

- Усиление перистальтики (холиномиметики, макролиды, никотин)
- Повреждение слизистой (НПВС, ГКС, Fe^{2+} , цитостатики, тетрациклин, стрептомицин, KCl , β -блокаторы)
- Вызывающие билиарный сладж и желчную колику (цефтриаксон)
- Не изучены механизмы (ингибиторы-МАО, этанол)

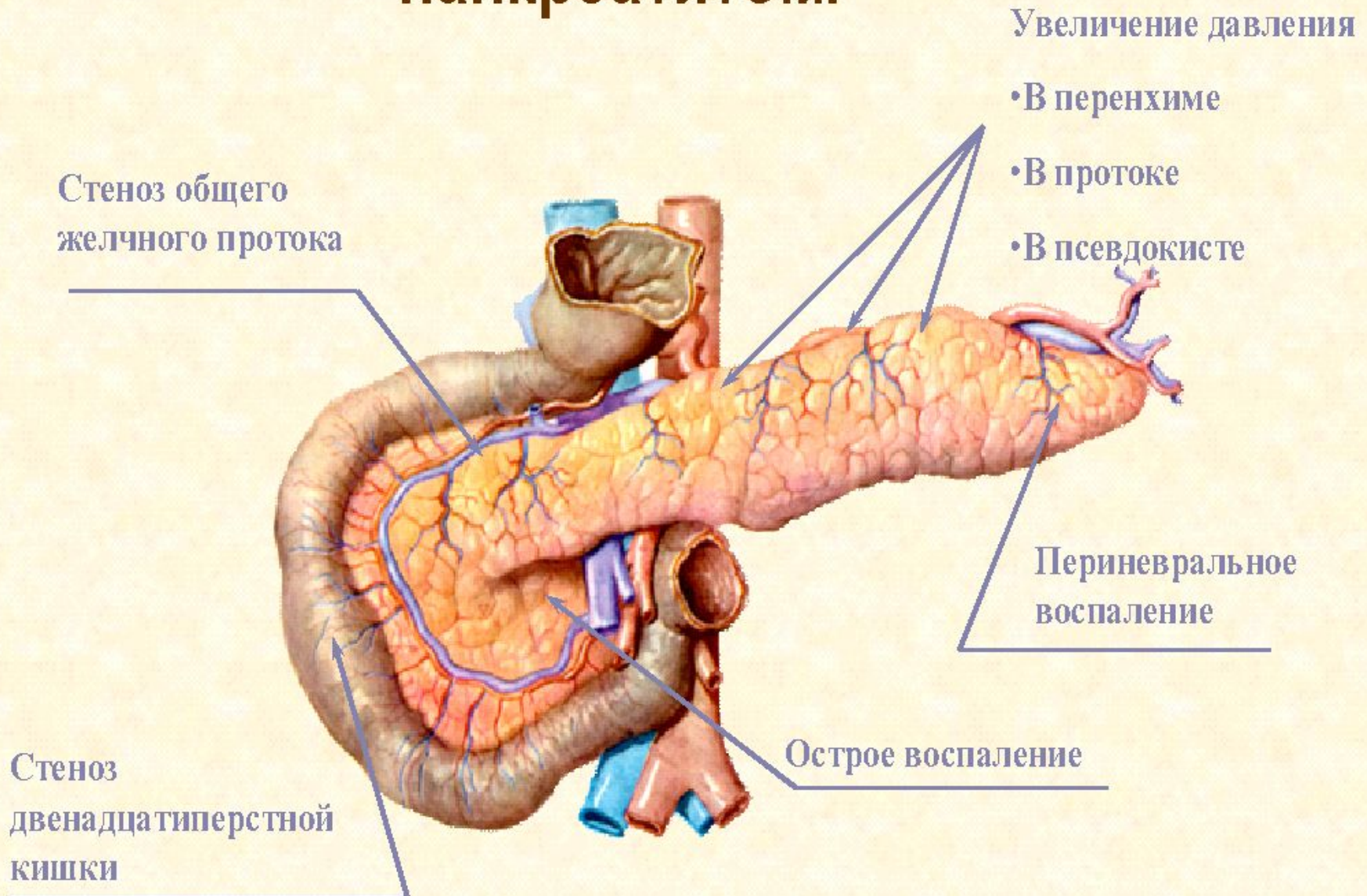
Механизмы возникновения боли в брюшной полости

- **висцеральный**
- **париетальный (соматический)**
 - отраженный (иррадиирующие боли)
- **психогенный**

- Висцеральная боль возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах и проводится симпатическими волокнами.

Основными причинами ее являются
внезапное повышение давления в полном органе
и растяжение его стенки
(самая частая причина),
растяжение капсулы паренхиматозных органов,
натяжение брыжейки, сосудистые нарушения.

Причины боли у больных хроническим панкреатитом.



- Соматическая боль обусловлена патологическими процессами в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов, и проводится этими нервами, а также спиноталамическим пучком в мозг.

Основными причинами ее являются повреждение брюшной стенки и брюшины.

● Иррадиирующая боль

Локализуется в различных областях, удаленных от патологического очага.

Возникает при чрезмерной интенсивности импульса висцеральной боли (напр., прохождение камня) или анатомическом повреждении органа (напр., ущемление кишки).

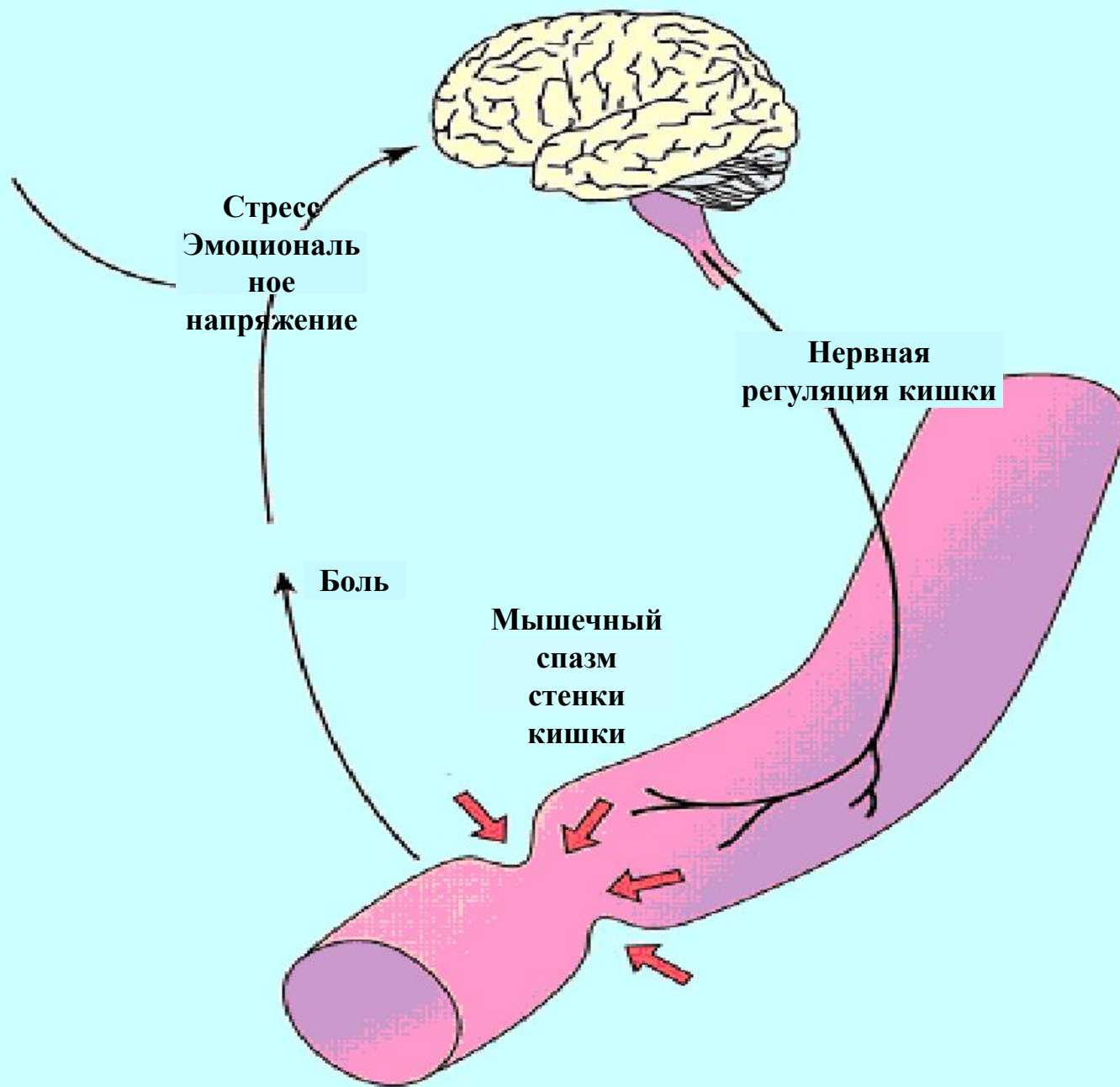
Передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной области.

(Так, например, при повышении давления в кишечнике появляется висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике – в спину, правую лопатку и плечо).

● Психогенная боль

Возникает при отсутствии висцеральной или соматической причин, или последние играют роль пускового или предрасполагающего фактора.

Характер психогенных болей определяется особенностями личности, влиянием эмоциональных, когнитивных, социальных факторов, психологической стабильностью больного и его прошлым "болевым опытом".



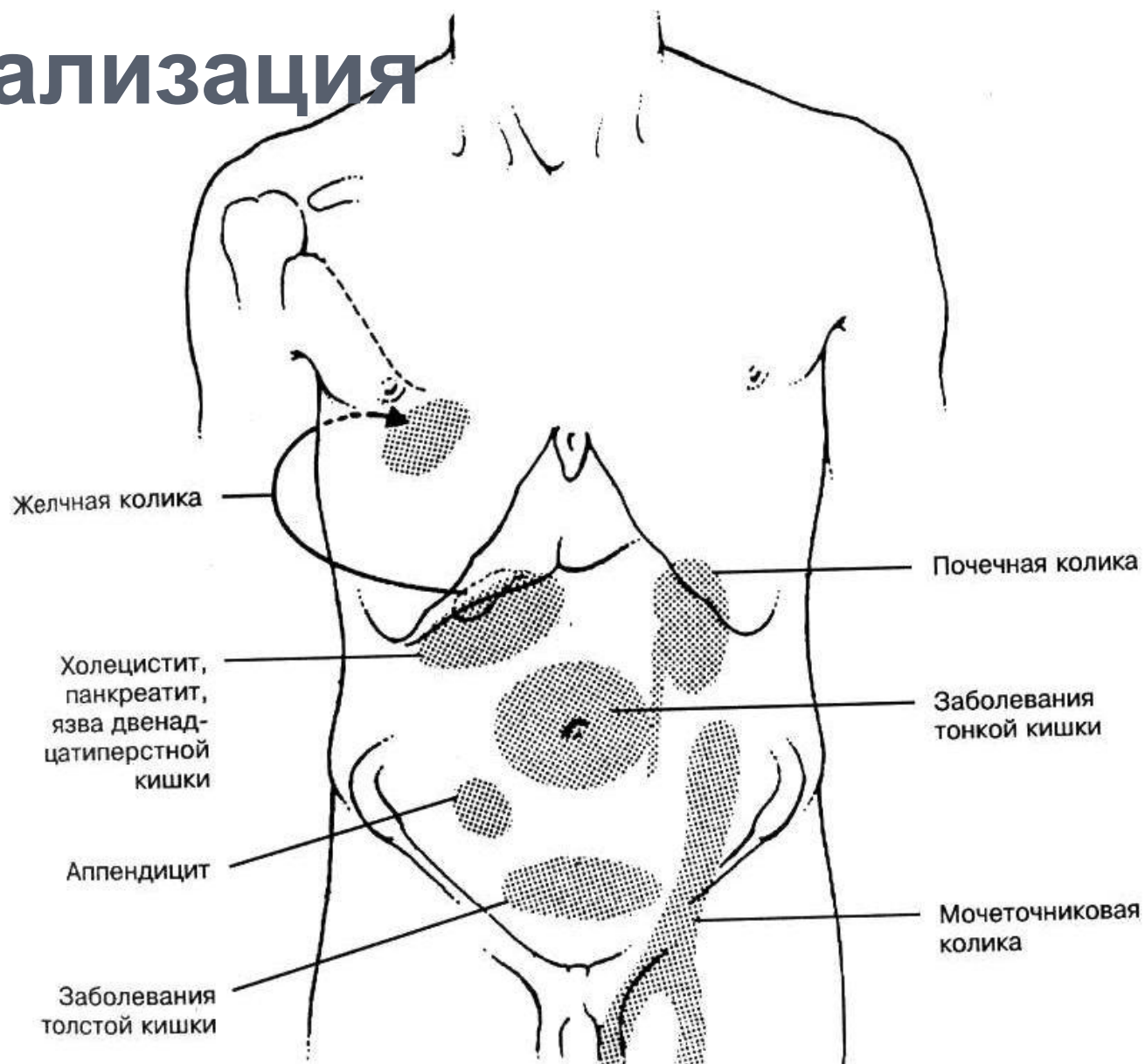
- Некоторые авторы выделяют *сосудистую боль*, обусловленную раздражением симпатических нервов сосудистого сплетения и возникающую при ишемии.

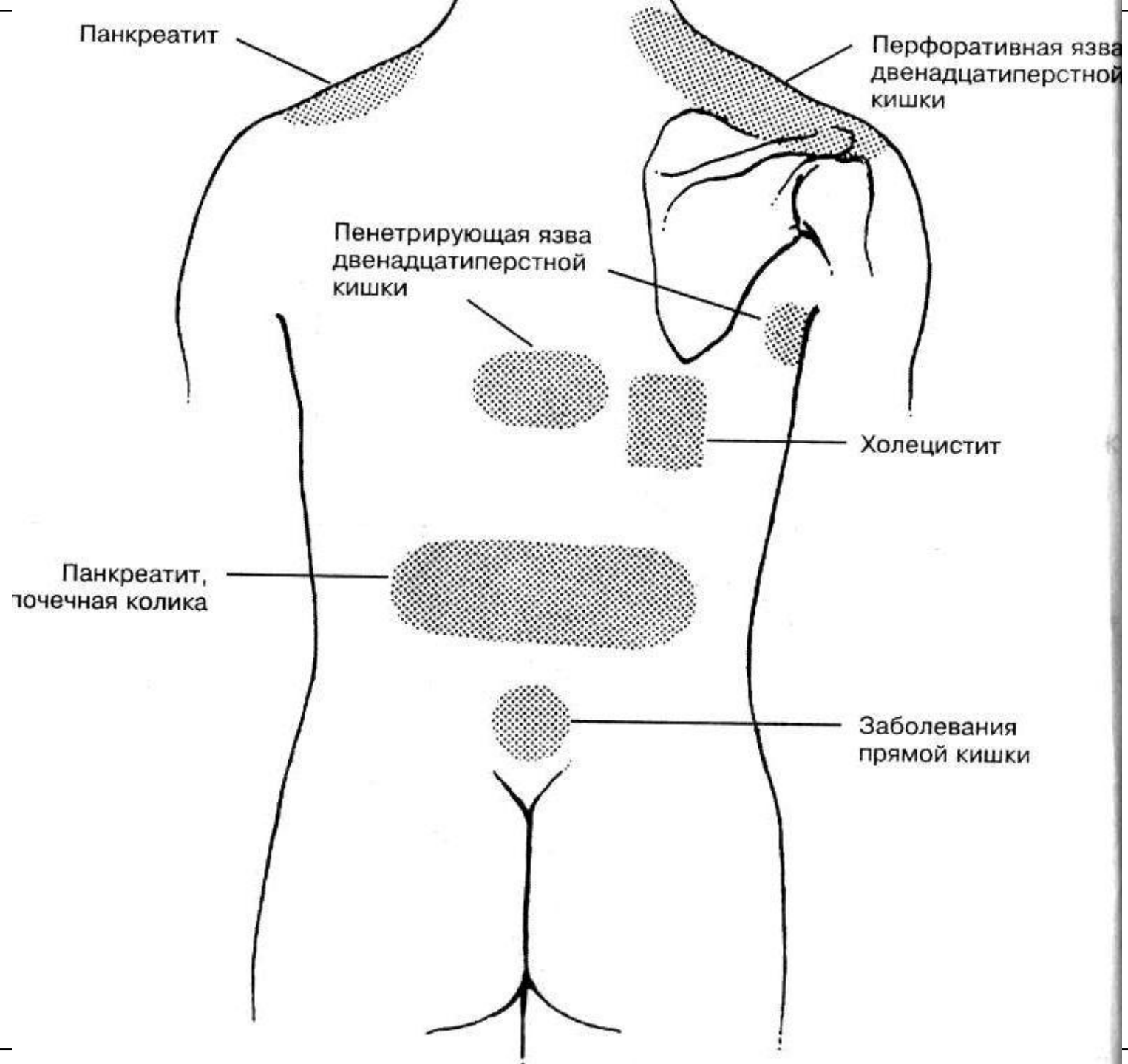
Классификация

- По патогенезу
 - париетальная
 - Висцеральная
 - Иррадиирующая
- Локализация
 - Верхний этаж
 - Средний этаж
 - Нижний этаж
- Давность
 - Острая
 - Хроническая
- В зависимости от заболевания
 - Функциональная
 - Органическая

Группа заболеваний	Основная локализация	Места возможной иррадиации
Желудка	Подложечная область	Левая половина грудной клетки
Поджелудочной железы	Верхние отделы живота; хвост – левое подреберье; головка – правое подреберье	По типу «пояса» или «полупояса»
Желчевыводящих путей	Подложечная, правая подреберная	Правая лопатка, правая половина шеи, нижней челюсти
Тонкой кишки	Околопупочная область	-
Слепая кишка, аппендикс	Околопупочная, правая подвздошная	Передневнутренняя поверхность правого бедра, наружные половые органы, пояснично-крестцовая область
Сигмовидная кишка	Надлобковая, левая подвздошная	Пояснично-крестцовая
Мочевыводящие пути	Боковые, надлобковая	Передневнутренняя поверхность правого бедра, наружные половые органы, пояснично-крестцовая

Локализация





Важные факторы при оценке боли в животе

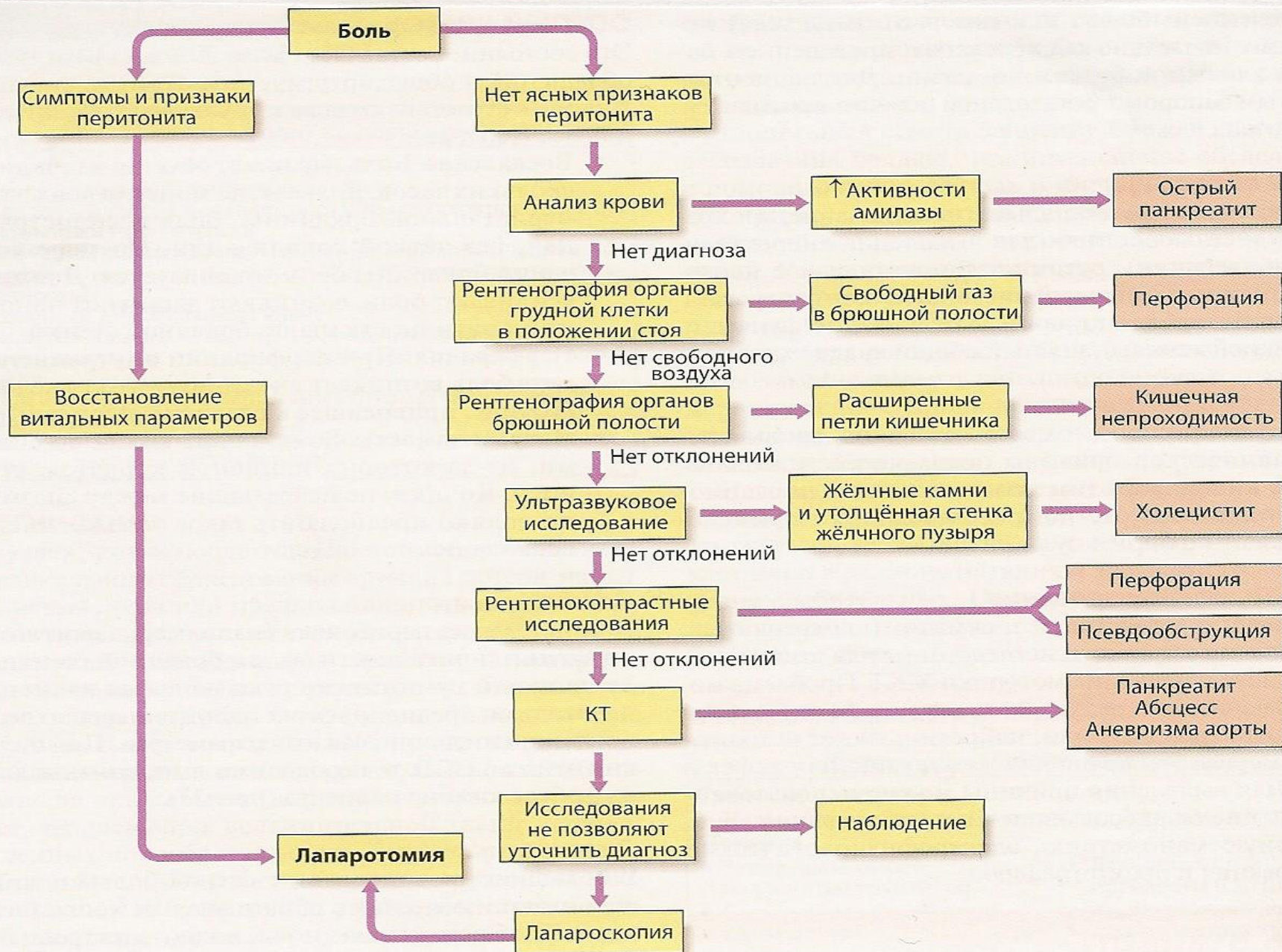
- **Длительность**
- **Локализация и распространение**
- **Тяжесть**
- **Усиливающие и облегчающие факторы** (пища, лекарственные препараты, алкоголь, поза, движение, дефекация)
- **Природа** (приступообразная, сжимающая, распирающая, острая или тупая, пробуждает ночью и т.п.)
- **Характер** (перемежающаяся или непрерывная)
- **Сопутствующие жалобы** (тошнота, рвота, нарушения стула и др.)
- **Иррадиация**

Опасные симптомы

- Сопровождающие абдоминальную боль, указывающие на необходимость срочные диагностических мероприятий, интенсивного наблюдения, решения вопроса о неотложном хирургическом вмешательстве

Опасные симптомы

- Боль, остро возникшая и сохраняющаяся 6 ч и более
- Непрерывно усиливающаяся боль
- Головокружение, слабость, апатия
- Артериальная гипотония, тахикардия
- Видимое кровотечение (при рвоте/из rectum)
- Лихорадка
- Упорная рвота
- Признаки «острого живота»
- Гнойные/кровянистые выделения из влагалища



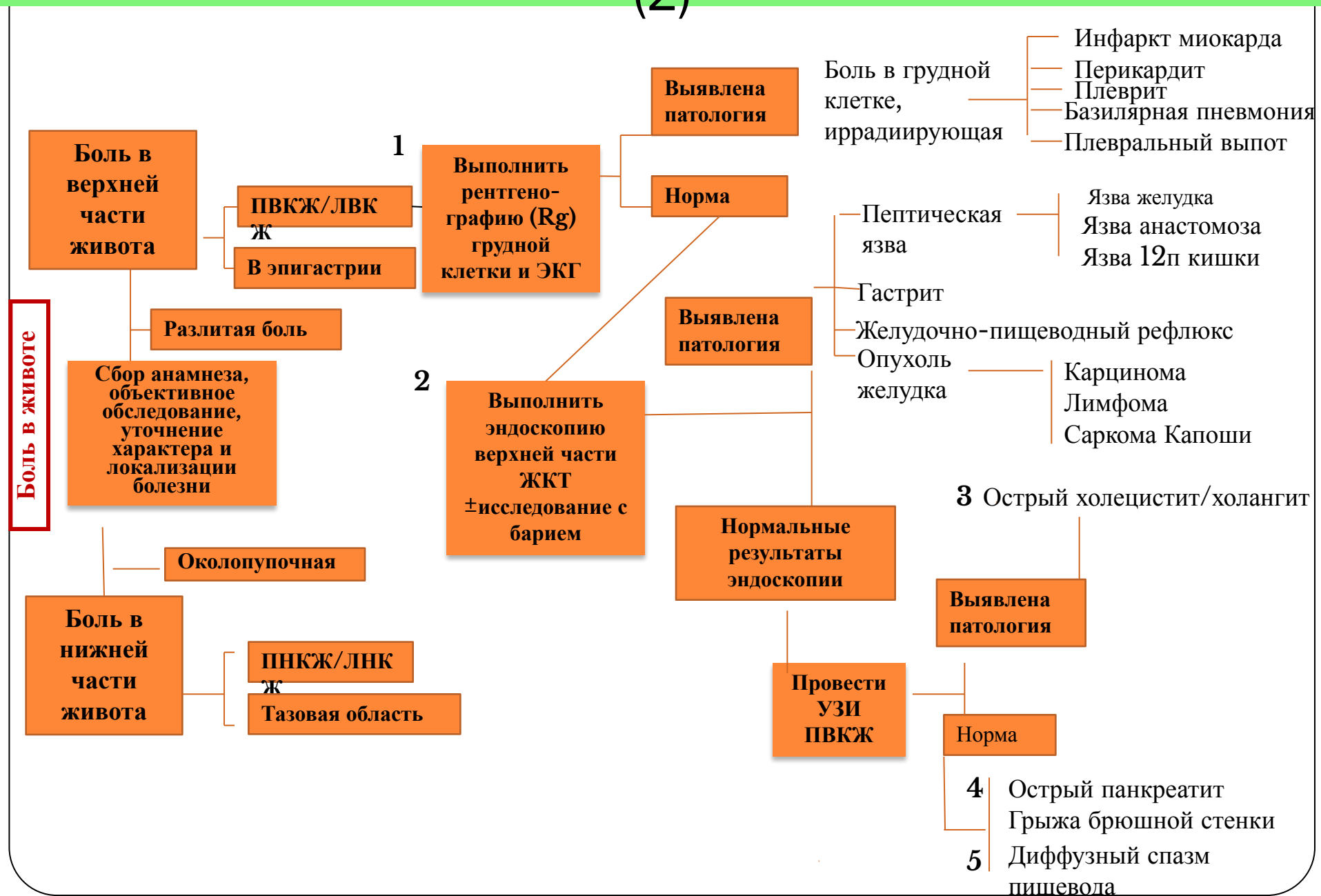
Диагностический алгоритм при абдоминальной боли (1)

Боль в животе



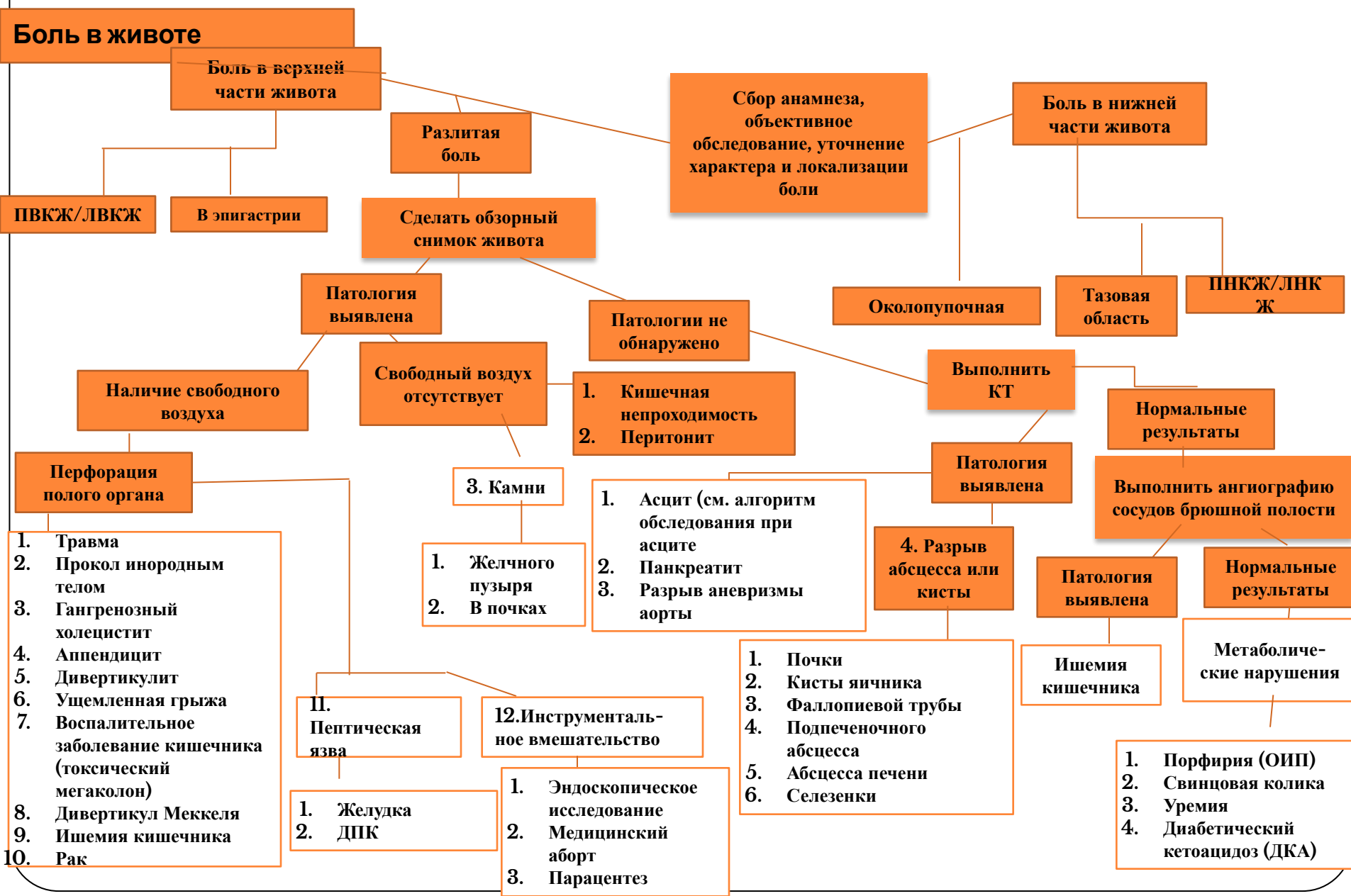
Диагностический алгоритм при абдоминальной боли

(2)



Диагностический алгоритм при абдоминальной боли

(3)



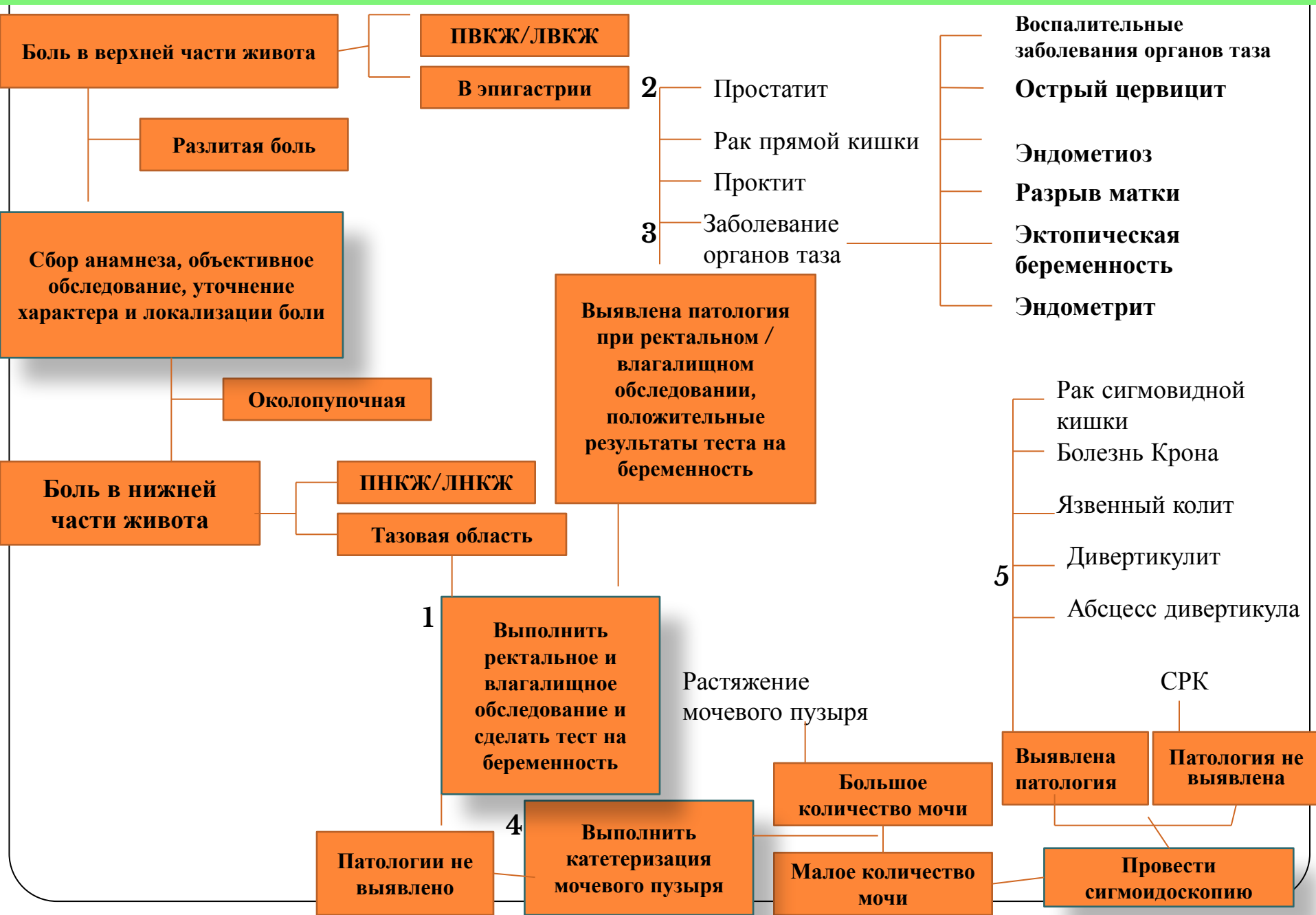
Диагностический алгоритм при абдоминальной боли (4)



Диагностический алгоритм при абдоминальной боли (5)



Диагностический алгоритм при абдоминальной боли (6)



Лечение

1. лечение основного заболевания;
 2. нормализация моторных расстройств;
 3. снижение висцеральной чувствительности;
 4. коррекция механизмов восприятия болей.
- Основное значение имеет *Этиотропная терапия.*
 - Необходимо оценить показания к хирургическому лечению.
 - При неясном диагнозе продолжить динамическое наблюдение.

Симптоматическое лечение

- Трехступенчатый алгоритм

Первая ступень

Боли слабой и средней интенсивности (спазм ГМК полых органов ЖКТ)

Назначение *спазмолитиков и препаратов местного действия* (вяжущие, обволакивающие)

Эти препараты не обладают непосредственным анальгетическим эффектом, не способны «замаскировать» картину острых хирургических заболеваний

При кислотозависимых заболеваниях выраженным обезболивающим эффектом обладают *антацидные и антисекреторные средства*

Вторая ступень

- При длительной, усиливающийся боли – присоединение средств, влияющих на нервные механизмы болевой чувствительности (блокаторы серотониновых рецепторов, НПВП, ненаркотические анальгетики, психотропные средства: ингибиторы МАО, обратного захвата серотонина, мягкие нейролептики)

Третья ступень

При чрезвычайно сильной боли

- Лекарственные препараты в комбинациях (психотропные средства в сочетании с ненаркотическими анальгетиками)

или

- Наркотические анальгетики

- При клинической картине «острого живота» назначение анальгетиков допустимо только при выраженной боли и в процессе дообследования.
- Если имеется развитие перитонита, то до хирургического вмешательства следует назначить антибиотик с учетом антибактериального спектра препарата.

Список литературы:

- Автор: В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина
Гастроэнтерология, Национальное руководство, Год выпуска: 2008
- Система органов пищеварения
Год выпуска: 2007
Автор: Г.Е. Ройтберг, Струтынский А.В.
- Внутренние болезни серия XXI век 2 тома
Год выпуска: 2007
Автор: Мартынов, Мухин, Моисевич, Галявин
- Ранняя диагностика "острого живота" и желудочно-кишечных кровотечений на догоспитальном этапе. Год выпуска: 2010. Автор: Барановский А.Ю., Протопопова О.Б

Спасибо за внимание!