

Абдоминальный болевой синдром

Зав. каф., к.м.н, доц. Сарымсакова Т.
А.

Бишкек 201г.

Click to edit the notes format

- Термин «абдоминальный болевой синдром» используется для обозначения комплекса признаков, ведущим из которых является боль или ощущение дискомфорта в животе.

Предпосылки для возникновения болевых ощущений

Click to edit the notes format

- Женский организм предрасположен к повышенному восприятию боли.
- На хирургических отделениях и на отделениях оперативной гинекологии примерно 8-12% девушек подвергаются чревосечению без достаточных оснований (вернее, чревосечение выполняется как пробное, с диагностической целью) именно из-за этой особенности.
- Предпосылки могут быть разделены на анатомо-физиологические и нейропсихологические.

Анатомо-физиологические предпосылки

- **Возрастное увеличение яичников**, обусловленное бурным созреванием фолликулов.
- **Топографические перемещения брюшины**, покрывающей растущую матку, натяжение связок, увеличение протяженности и объема сосудистого русла органов малого таза в подростковом возрасте.
- **Овуляция.**
- **Маточный фактор.** (с 8-10-летнего возраста происходит ритмичное сокращение матки). Свойство автоматизма сокращений присуще и отдельной клетке миометрия и органу в целом, что и реализуется в виде произвольных сокращений матки. Во время менструации амплитуда сокращений увеличивается, развивая внутриматочное давление 120 мм рт. ст. (16 кПа), однако в большинстве случаев регулы проходят безболезненно. *Болезненные сокращения начинают ощущаться при давлении свыше 140 мм рт. ст. (18,6 кПа).*
- В пубертатный период сказывается низкая насыщаемость организма эстрогенами, недостаточность лютеиновой фазы, нерегулярность овуляции. Эти обстоятельства реализуются в виде **дизритмичных сокращений матки и избыточного сокращения ее перешейка.**

Нейропсихологические предпосылки

Click to edit the notes format

- **Возрастная незрелость нервной системы и рецепторного аппарата.**
 - Незрелость может быть как врожденной (незавершенный гистогенез, гипоплазия), приобретенной (задержка процессов возрастной дифференцировки органов женской половой системы).
 - *Отягощенный перинатальный анамнез*: рождение в асфиксии, недоношенность, гипотрофия, а также высокий инфекционный индекс, наличие инфекционно-аллергических процессов, эндокринная или обменная патология.
- **Психический фактор** также должен расцениваться как предрасполагающий к восприятию болевых ощущений.
 - Этиологическая роль стрессов особенно велика в год прихода менархе.
- *Элементы аггравации*, сниженный порог болевой чувствительности, когда даже физиологические нервные импульсы могут быть восприняты как болевые.
- *Своеобразное восприятие боли девушками* («обращенность вовнутрь»).

Диагностика

- *Анамнез*
- *Бимануальное прямокишечно-брюшностеночное исследование. 60-65% успеха постановки диагноза (кистома яичника, аплазии влагалища атрезии гимена, нарушениях топографии и др.).*
- *Ультразвуковое сканирование органов малого таза точность диагностики до 77% (киста яичника, миома матки, эндометриоз, аномалии развития и др.). Магнитно-резонансное исследование увеличивает точность диагноза до 85%.*
- *Лапароскопия, до 95-98%.*
- *Рентгеновский метод (осложнения: гаметопатия).*
- *Наблюдение в динамике.*

Анамнез

Click to edit the notes format

- давность появления боли;
- интенсивность боли;
- иррадиация боли;
- способность рецидивировать;
- провоцирующие и облегчающие факторы;
- сопутствующие симптомы;
- связь с менструальным циклом.

Click to edit the notes format

Три группы больных:

- I. Боль исходит из брюшной полости или полости малого таза, поскольку там располагается патологический очаг;
- II. Боль при отсутствии патологии в брюшной полости или в полости малого таза, однако имеются экстрагенитальные и экстраперитонеальные заболевания;
- III. Боль в животе, вызванная системными заболеваниями (уремия, лейкоз, отравления др.).

Click to edit the notes format

Тактика ведения при болях в животе

1. Как давно появились боли?
2. Интенсивность болей?
3. Носят ли боли «хирургический» характер?
4. Носят ли боли «гинекологический» характер?
5. Связаны ли боли каким-то образом с менструальным циклом?

Диагностическая тактика

Click to edit the notes format

острые интенсивные боли, боли, сопровождающиеся интоксикацией, лихорадкой, перитонеальными явлениями, заметным ухудшением самочувствия

незамедлительная госпитализация независимо от предполагаемых этиологии и патогенеза данной патологии.

Для «гинекологических» болей, в отличие от «хирургических», характерна **низкая локализация**: нижняя половина живота, гипогастрий, поясничная область. Иррадиация не характерна, однако если бывает, то направлена в паховые и ягодичную области. **Боли чаще односторонние**, реже – двусторонние или по центру.

Click to edit the notes format

Определение нозологической формы

- I. Острые боли, связанные с менструальным циклом.
- II. Неинтенсивные боли, связанные с какой-либо фазой менструального цикла.
- III. Острые боли, не носящие циклического характера и не имеющие прямой связи с менструальным циклом.
- IV. Интенсивные, хронические, незакономерные боли.

Основные причины абдоминальных болей

- Острые боли, связанные с менструальным циклом.
- Неинтенсивные боли, связанные с какой-либо фазой менструального цикла.
- Острые боли, не носящие циклического характера и не имеющие прямой связи с менструальным циклом.
- Неинтенсивные незакономерные хронические боли.

Основные причины абдоминальных болей

Click to edit the notes format

Острые боли, связанные с менструальным циклом:

- альгодисменорея;
- овуляторный синдром;
- разрыв яичника, гиперстимуляция
- эндометриоз;



Click to edit the notes format





Click to edit the notes format



Основные причины абдоминальных болей

Click to edit the notes format

Неинтенсивные незакономерные хронические боли:

- аппендикулярно-генитальный синдром (вне обострения);
- туберкулез придатков;
- хронический сальпингоофорит;
- варикозное расширение вен малого таза;
- прогрессирующая беременность;
- инородное тело влагалища, spina bifida, спондилез, остеохондроз, травма позвоночника;
- хронические юношеские запоры;
- заболевания скелетных мышц;
- дивертикулит;
- региональные энтериты, мезаденит;
- функциональные заболевания кишечника;
- миома матки;
- синдром Штейна-Левенталя;
- психогенные боли.

Диагностическая ценность лапароскопии при абдоминальном болевом синдроме

Вид патологии	Лапароскопическая картина
Острое воспаление придатков	Отечность и гиперемия маточных труб, мезосальпинкса, париетальной брюшины. Желтоватое отделяемое или гной в дугласовом кармане. Локальная резкая гиперемия ампулярного отдела труб, фимбрий. Яичники чаще интактны
Миома матки	Локализация на задней поверхности матки. Неизменная брюшина. Может быть прозрачный выпот в позадиматочном пространстве. Размеры узлов невелики – 1,5 x 3,5 см
Эндометриоз	Небольшие островковые образования вишневого цвета, локализующиеся на брюшине позадиматочного пространства, в области крестцово-маточных связок, круглых связок и в маточных трубах
Синдром Аллена-Мастерса	Имеется дефект брюшины размером от 0,5 до 2 см, локализующийся в мезосальпинксе или в маточно-ректальном углублении. Нередко сочетается с эндометриозом
Кисты и кистомы яичников	При небольших (диаметром менее 5,0 см) размерах опухоли видна нормальная ткань яичника, брюшина блестящая, выпот в дугласовом кармане. Картина при осложненной кистоме дополняется отеком, застойным видом, некрозом опухоли; геморрагическим выпотом, потерей блеска брюшины. Кровь со сгустками – при разрыве капсулы кистомы

Диагностическая ценность лапароскопии при абдоминальном болевом синдроме

Click to edit the notes format

Вид патологии

Лапароскопическая картина

Варикозное расширение вен малого таза

«Грушевидные сплетения» в области мезосальпинкса. Брюшина розовая, блестящая; может быть прозрачный выпот в заматочное пространство

Альгодисменорея (дисменорея)

Click to edit the notes format

Альгодисменорея – патологическое состояние, характеризующееся прежде всего резкими приступами боли в связи с приходом месячных (собственно альгоменорея), а также появлением почти всегда других симптомов: общей слабости, тошноты, диареи, головной боли, потери сознания и др. кроме того, постоянным компонентом данного патологического состояния является дисменорея – нарушение истечения менструальной крови.

Нередко при этом констатируют гиперполименорею.

Эпидемиология

Click to edit the notes format

- Среди девочек-подростков, не достигших совершеннолетия, распространенность альгодисменореи составляет 0,02‰.
- В структуре гинекологической заболеваемости девочек и девушек это заболевание занимает одно из ведущих мест – 5 – 10 %, в отдельных контингентах, таких как учащиеся ПТУ, студентки вузов эта цифра достигает 17 – 22 %.

Классификация альгодисменореи

Click to edit the notes format

Генитальная

- I. **Первичная** (при отсутствии органических изменений в половых органах):
 - Эссенциальная
 - Идиопатическая
 - Функциональная
- II. **Вторичная** (связана именно с анатомическими изменениями половых органов)

Экстрагенитальная

- Соматическая
- Психоневрогенная

Смешанная.

К органической патологии, обуславливающей альгодисменорею, относятся:

- нарушение топографии половых органов;
- препятствия к оттоку из матки менструальной крови;
- наличие воспалительных процессов, эндометриоз;
- аномалии развития половых органов;
- опухоли половых органов;
- половой инфантилизм и др.

Этиология и патогенез альгодисменореи

Click to edit the notes format

✓ «Перепончатая альгодисменорея».

Эта форма вызвана функциональной неполноценностью (возрастной, транзиторной или генетически обусловленной) тканевых протеолитических ферментов слизистой оболочки матки.

✓ *Нарушение оттока менструальных выделений:*

- ✓ избыточный перегиб матки (hyperanteflexio uteri)
- ✓ частичная атрезия, деформация или врожденная узость цервикального канала
- ✓ несоразмерность эндометрия площади поверхности полости матки.

Заключение: в ответ на увеличение объема матки этот полый орган усиливает амплитуду сокращений, что реализуется в виде болевого симптома.

Этиология и патогенез альгодисменореи

- Недостаточный уровень эндогенных опиоидов: энкефалинов, эндорфинов.
 - При гипогонадизме или эндометриозе содержание этих веществ снижается, что предрасполагает к болезненным месячным.
- Избыточная продукция эндогенных «тканевых гормонов» - простагландинов.

Клиническая картина

Click to edit the notes format

- боли внизу живота
- нарушения менструального кровотока
- разнообразные симптомы экстрагенитального происхождения.

Ведущий, а иногда и единственный симптом – ***боль в нижних отделах живота.***

- возникает в строго ограниченный промежуток времени, появляется не ранее чем за 2 дня до ожидаемых месячных и исчезает в первые 2 дня после прихода менструации.
- чаще всего эти временные рамки еще более узкие, а именно: боль появляется за несколько часов до прихода регул или непосредственно в момент их начала, а прекращаются в ближайшие часы после этого.

Шкала оценки альгоменореи

Градация (степень)	Выраженность альгоменореи	Работоспособность	Другие системные симптомы	Надобность в анальгетиках
0	Месячные неболезненны	Не нарушена	Нет	Не нуждается
I	Месячные умеренно болезненны	Редко нарушается	Нет	Редко нуждаются
II	Сильная боль	Заметно нарушается	Некоторые есть	Нуждаются
III	Чрезмерная боль и вегетативные симптомы	Исключена	Головная боль, тошнота, рвота, диарея, общая слабость	Неэффективны

Диагностика альгодисменореи

- Диагностические тесты с ингибиторами синтеза простагландинов под контролем определения содержания эндогенных простагландинов и эндорфинов.

Проба с метиндолом (индометацином):

За 3 дня до прихода очередных месячных и 3 дня вовремя месячных, т.е. в течение 6 дней принимают метиндол по 25 мг 3 раза в день per os; всего 3 - 4 таких курса.

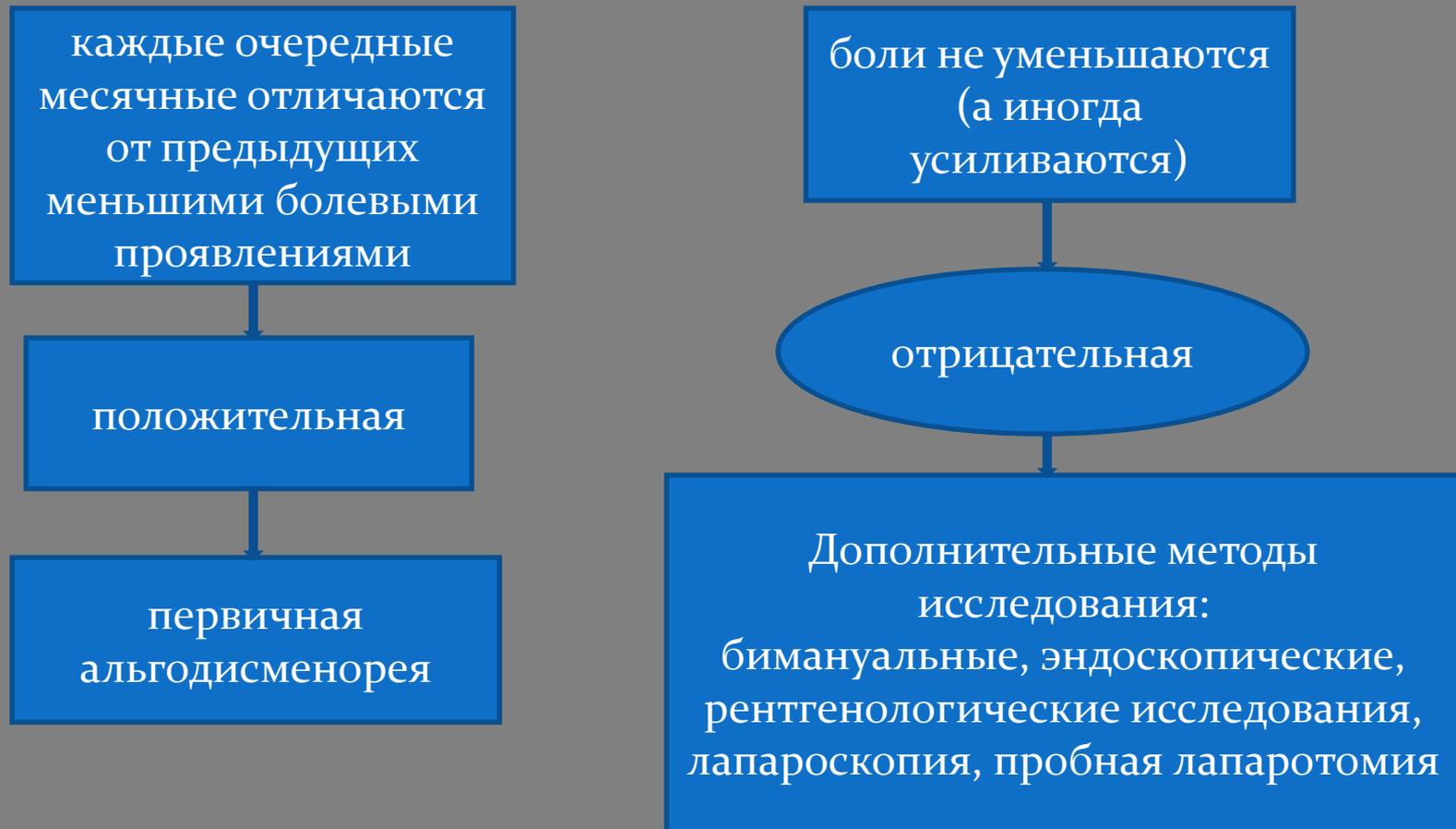
При незнании точной даты наступления регул: с 1 по 3 день; 3 дня.

Тест проводят 3 - 4 раза подряд (3 - 4 цикла по 3 - 6 дней).

Диагностика альгодисменореи

Click to edit the notes format

Результаты пробы с метиндолом:



Лечение

альгодисменореи

Click to edit the notes format

- При **вторичной альгодисменорее** лечение должно соответствовать характеру основного заболевания.

Киста яичника, синдром Штейна-Левенталя, некоторые разновидности врожденных аномалий половых органов, прогрессирующие формы эндометриоза

хирургическое
вмешательство

инфантилизм,
перисальпингит, оофорит,
поликистоз яичников и др.

- ✓ нормализация гормонального статуса
- ✓ меры по улучшению местного кровотока
- ✓ Активизация метаболических и иммунологических процессов
- ✓ Противовоспалительная и рассасывающая терапии.

Лечение

альгодисменореи

Click to edit the notes format.
При **первичной альгодисменорее:**

- **Спазмолитические и анальгетические:**
 - но-шпа
 - баралгин
 - спазмалгон
 - доналгин
 - гевадал
 - анальгин
 - Трамадол в крайних случаях.
- **Седативные препараты:**
 - Валериана
 - Пустырник
 - Шишки хмеля
 - Душица
 - Пион
- **Сосудорасширяющие средства.**
- **Гормонотерапия:** эстроген-гестагенные препараты.

Лечение альгодисменореи: гормонотерапия

- Марвелон («Органон») в течение 4 – 6 циклов .
- Трехфазные гормональные контрацептивы :
 - три-регол
 - данол-даназол по 100 мг 2 раза в день, с 1 д.м.ц в течение 2 – 4 циклов ежедневно до получения положительного эффекта.
- Противопоказания: сахарный диабет , сердечная или почечная недостаточностью, эпилепсия и значительная вирилизация.
- Капли ременс, по 5 – 7 капель каждый час до улучшения, не более 8 раз, 3 раза в день 1 – 3 мес.
- **Снижение уровня простагландинов в организме больной.**
 - НПВС. (см. таблицу)

Первая помощь

Click to edit the notes format

- если болезненные месячные пришли не впервые, желательно у девушки или ее родителей узнать, какие средства помогали прежде и осуществить аналогичное лечение;
- постельный режим; выбрать подходящее положение тела, принимая последовательно коленно-локтевую позу с прогибанием и выгибанием спины, положение на боку с приведенными бедрами, положение с приподнятым тазовым концом, находясь на спине или вниз лицом, достигая в конечном счете усиления эвакуации крови.
- горячая (температура воды 50 °С) ножная ванна в течение 10 – 15 мин первоначально однократно, а при положительном эффекте периодически повторять;
- через каждые 3 – 4 ч метиндол, спазмалгон, анальгин, баралгин, мефенамовую кислоту, валидол. Но-шпу, диклофенак («Хемофарм АО»);
- при отсутствии обезболивающего эффекта или при появлении тошноты, рвоты, озноба, дизурии, интенсивного кровотечения, потери сознания больную необходимо доставить в приемный покой ближайшего гинекологического стационара или в общесоматическую больницу.

Дифференциальная диагностика почечной

Признак	Почечная колика	Альгодисменорея первичная
Анамнез	Указание на почечную патологию	До прихода менархе подобных болей не было
Провоцирующие моменты	Бег, прыжки, тряская езда	Месячные
Локализация боли	Область поясницы, спина	Нижняя часть живота
Поведение больной	Мечется	Принимает вынужденное положение
Лихорадка	Может быть	Нет
Признаки интоксикации	Могут быть	Отсутствуют
Анализ мочи	Гематурия, умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, кристаллы солей	Без патологии
Лечение ингибиторами простагландин-синтетазы	Малоэффективно	Достаточно эффективно
Назначение спазмолитиков	Достаточно эффективно	малоэффективно

Препарат	Рекомендуемая доза	Примечание
Индометацин (индоцит, метиндол)	По 25 мг 3 раза в день	После еды, запивая молоком, 3 дня до начала месячных, всего 6 дней
Мефенамовая кислота	По 250 мг 3 – 4 раза в день	Прием после еды. Курс 6 дней, начиная за 3 дня до прихода месячных
Ксефокам (лорноксикам)	По 4 мг 1 – 8 раз в день	Ударная доза 16 мг, далее по мере надобности, но не выше 32 мг. Принимают перед едой
Ибупрофен (бруфен)	По 300 мг 3 раза в день	Первую дозу принять до еды, остальные принимать после еды. Не совмещать с ацетилсалициловой кислотой
Напроксен (напросин)	По 250 мг	В первые 3 дня – два приема по 250 мг, последние 3 дня – один прием по 250 мг
Рефен рапид (диклофенак)	По 50 мг 2 раза в день	1 – 5 дней в зависимости от клинического эффекта
Альфа-токоферол	По 50 мг 2 раза в день	Курс 5 – 7 дней, начиная за 5 дней до ожидаемых месячных
Ацетилсалициловая кислота	По 250 мг 3 раза в день	Курс 5 – 6 дней. Детям младше 14 лет не назначать