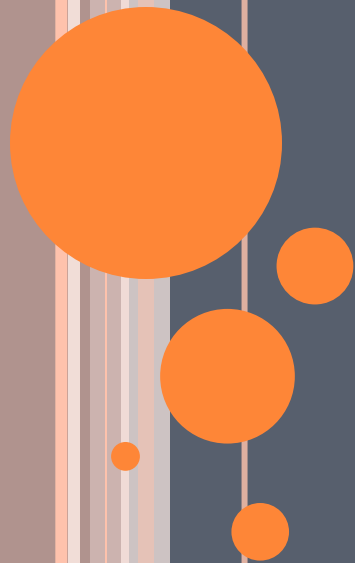



АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра СНП и анестезиологии, реаниматологии

«Острый живот» в практике врача СНМП





Острый живот» (ОЖ) - клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Причины, вызывающие ОЖ, многочисленны и могут быть сгруппированы следующим образом:

- травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- острые воспалительные заболевания органов брюшной полости;
- перфорации полых органов;
- внутрибрюшные кровотечения;
- острая кишечная непроходимость;
- острое нарушение мезентериального кровообращения.



ЧАСТОТА НОЗОЛОГИЙ ПРИ ОЖ

- Острый аппендицит до 45%
- Острый холецистит до 20%
- Острый панкреатит 4-5%
- Перфоративная язва 7-10%
- Острая кишечная непроходимость 6 -8 %
- Ущемленные грыжи 3 - 5 %
- Желудочно-кишечные кровотечения 2 - 4%



НЕСМОТЯ НА МНОГООБРАЗИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЖ, ЕГО КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТРОГО ОЧЕРЧЕНА И ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РЯДОМ КАРДИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ:

- 1. Боль.
- 2. Рвота.
- 3. Задержка газов и отсутствие стула.
- 4. Защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки.

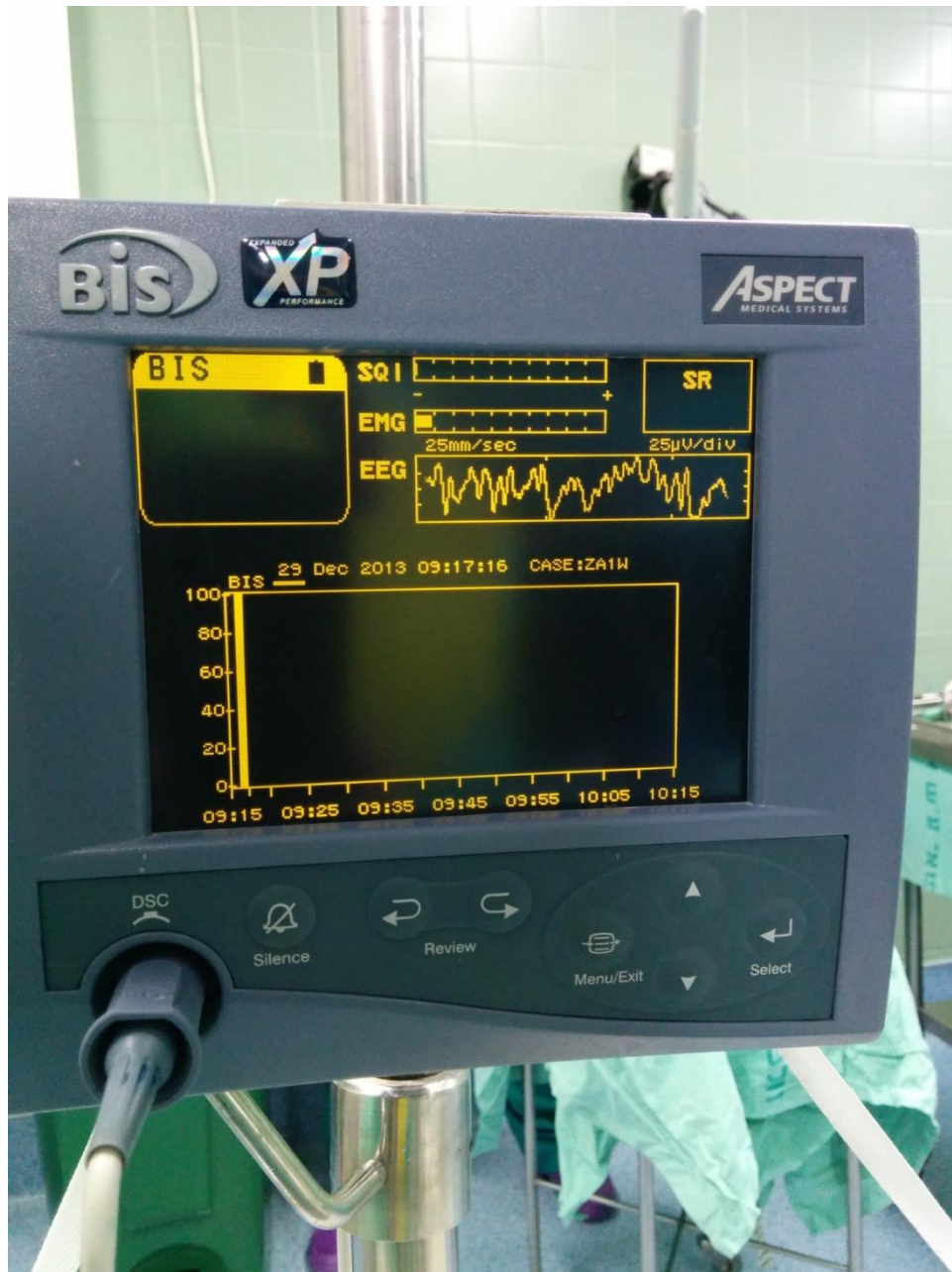




***Боль—это неприятное
чувство, связанное с
действительным или
возможным повреждением
тканей.***









Причины боли в животе



- анатомические,
- инфекционные,
- неинфекционные воспалительные,
- биохимические,
- функциональные



Болевые рецепторы ЖКТ



**соматические болевые
механорецепторы**



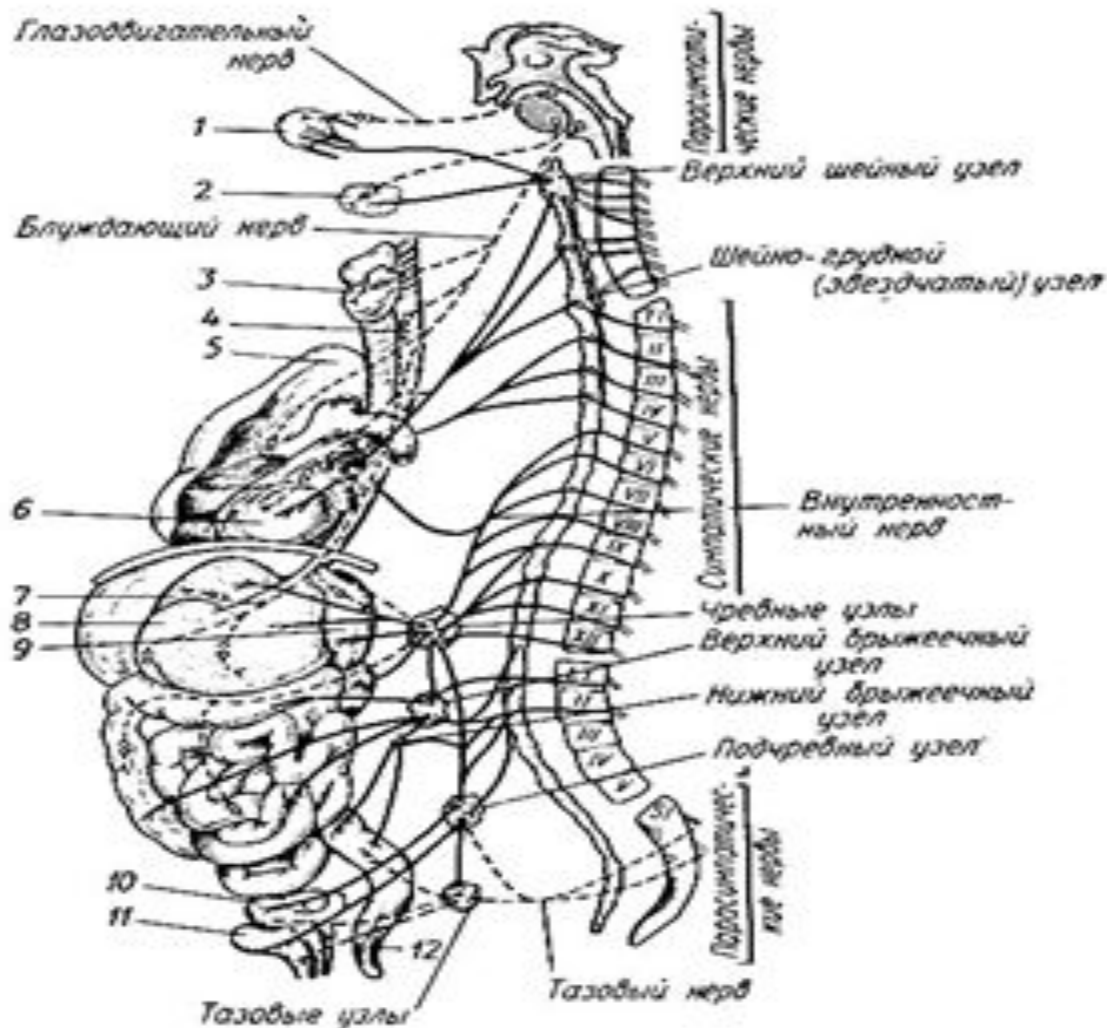
**висцеральные
полимодальные
рецепторы**



Соматические рецепторы



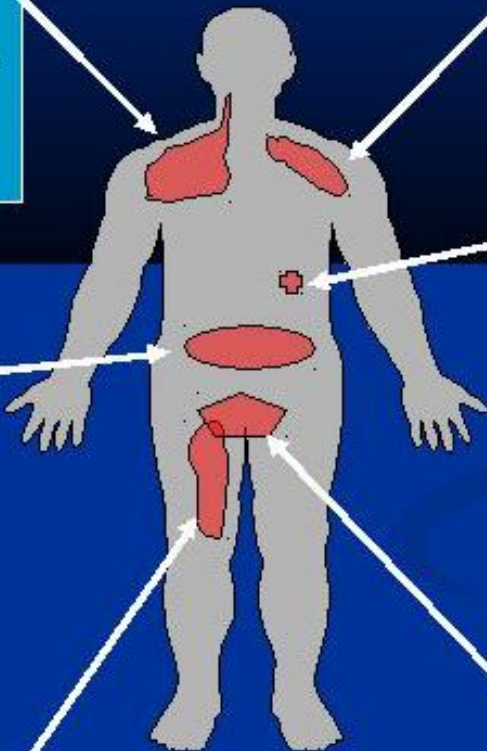
Висцеральные рецепторы





перфорация пептической язвы
правосторонний плеврит
поддиафрагмальный абсцесс
повреждение селезенки

острый панкреатит,
левосторонний плеврит,
перфорация пептической язвы
повреждение селезенки



заболевания
желчевыводящих
путей,
панкреатит

аппендицит
острый панкреатит
почечная колика

заболевания
прямой кишки
и половых органов

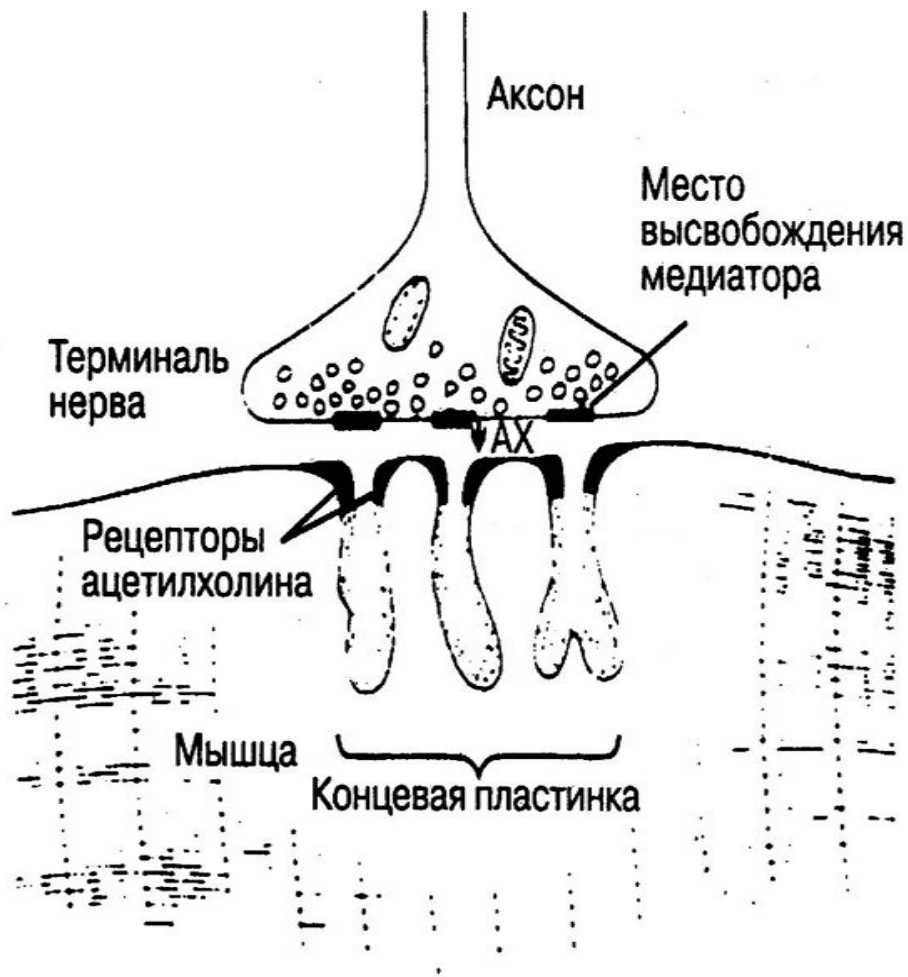
мочевая колика
острый пиелонефрит
аппендицит
заболевания половых органов
паховая и бедренная грыжа

Типичная иррадиация абдоминальной боли

□ Общепринятой лечебной тактикой при подозрении на «острый живот» является отказ от введения анальгетиков с целью устранения болевого синдрома до осмотра хирурга. Обоснованным, однако, является введение препаратов регуляции моторной функции ЖКТ.



РЕЦЕПТОРЫ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ



- I тип - никотиновые (N-) активируются местным высвобождением ацетилхолина непосредственно в интрамуральных ганглиях
- II тип - мускариновые (M-)
- Три вида :
- M1 - возбуждение сопряжено в основном со стимуляцией секреции
- M2, M3 – возбуждение сопряжено с активацией моторики



Нейрогуморальная регуляция моторной функции ЖКТ

- центральный механизм регуляции
- местный ганглионарный и гормоны
- кальциевые, натриевые каналы и кальциевые депо клеток гладкой мускулатуры
- внутриклеточные энергетические процессы в мышцах



Виды спазмолитиков

Примеры миотропных и нейротропных спазмолитиков

Миотропные спазмолитики	Нейротропные спазмолитики
Ингибиторы фосфодиэстеразы: <ul style="list-style-type: none">• Папаверин• Дротаверин• Феникаберан• Бенциклан	Неселективные холинолитики: <ul style="list-style-type: none">• Атропин• Метацин• Платифиллин• Хлорозил
Блокаторы Na каналов: <ul style="list-style-type: none">• Мебеверин• Геликромон	Селективные холинолитики: <ul style="list-style-type: none">• Гиосцина бутилбромид
Блокаторы Ca каналов: <ul style="list-style-type: none">• Отилония бромид• Пинаверия бромид	

Ингибиторы фосфодиэстеразы

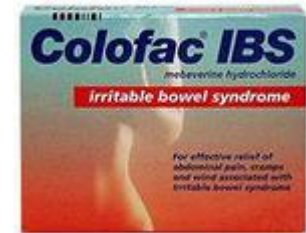
- Папаверин
 - Дротаверин
 - Феникаберан
 - Бенциклан



БЛОКАТОРЫ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ



- ▣ Мебеверин
- Геликромон



АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ

- Отилония бромид
 - Пинаверия бромид



НЕСЕЛЕКТИВНЫЕ ХОЛИНОЛИТИКИ

- Атропин
- Метацин
- Платифиллин
- Хлорозил



СЕЛЕКТИВНЫЕ ХОЛИНОЛИТИКИ

- гиосцина
бутилбромид



Специалист в лечении абдоминальных болей



Спазмы



Боль



Дискомфорт

**ПРЕПАРАТ ВЫБОРА
ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ
БОЛЯХ
И СПАЗМАХ**



КАК ПРИНИМАТЬ БУСКОПАН®



Таблетки, 10 мг №20:

- взрослые и дети старше 6 лет по 1-2 таблетки 3-5 раз в день



Суппозитории 10 мг №10:

- взрослые и дети старше 6 лет по 1-2 суппозитория 3-5 раз в день



Раствор 1 мл (20 мг) №5:

- **взрослые и подростки старше 12 лет:** по 1-2 ампулы (20-40 мг). Максимальная суточная доза 100 мг
- **младенцы и дети до 12 лет:** При серьезных случаях: 0,3-0,6 мг/кг массы тела. Максимальная суточная доза 1,5 мг/кг массы тела

КАК БЫСТРО НАСТУПАЕТ ЭФФЕКТ

Способ применения	Начало действия	Продолжительность
Per os	20-30 мин	2-6 часов
Per rect	8-10 мин	2-6 часов
iniectio	4 мин	до 6 часов

Сравнительное исследование двух спазмолитических средств: бускопана и но-шпы

S.K. MAITAI, D.K. NJOROGE и R.W. MUNENGE

Резюме

Были определены концентрации ацетилхолин хлорида, гистамина фосфата и хлорида бария, вызывающие сокращения изолированной подвздошной кишки морских свинок. Затем, были определены биоэквивалентные концентрации Бускопана и Но-шпы, способные подавлять реакции (сокращения) вызванные каждой из этих субстанций.

Бускопан оказался, примерно, в 44 раза более активным, чем Но-шпа в подавлении сокращений, вызванных ацетилхолином, в 6 раз более активным в подавлении сокращений, вызванных Ba^{++} и, примерно равным по активности с Но-шпой в подавлении сокращений подвздошной кишки морских свинок, вызванных гистамином. В отсутствие надежных клинических данных, эти данные позволяют сделать вывод, что полезность Но-шпы, в качестве спазмолитического средства в дозах рекомендуемых в настоящее время производителем следует считать сомнительной. Этот препарат показывает худшие характеристики, чем Бускопан.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.В. Зотов

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Ш.Х. Галиев (Уфа)
И.И. Козачиня (Тюмень)
Б.В. Родыкин (Тюмень)
С.М. Уманский (Тюмень)
В.Л. Юсупов (Уфа)

Журнал зарегистрирован в
Федеральной службе по надзору за
соблюдением законодательства в
области массовых коммуникаций и
области культурного наследия
г. Москва
Рег. № 01-0/077-20012
от 09.06.2007 г.

Издатель и редакция:
ООО «ИЗДАТЕЛЬ»
Тюмень, Д.Лавина, 90-3-24

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. Советов, 56/1

Адрес для переписки:
625041, Тюмень, ул. 4400

Телефон: (3462) 73-22-45
факс: (3462) 54-61-07

E-mail: sibir@0000.ru

Занят № 302
Тираж 300 экз.

Получено в печать 25.11.13 г.
Цена свободная

При подписании
напрямую связано на
«Тюменский медицинский журнал»
обязательна

Подписка по почте осуществляется за
содержание рекламных материалов
Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ

Отпечатан с согласия издателя
в издательстве «Вектор-Бунт»
г. Тюмень, Володарского, 45
Телефон: (3462) 46-60-00

16+

Департамент здравоохранения Тюменской области
Тюменский областной онкологический диспансер
Тюменская государственная медицинская академия

Материалы

ежегодной научно-практической
конференции онкологов
Тюменской области

6 декабря 2013 года

г. Тюмень

под редакцией

к.м.н. А.Ю. Кудрякова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИОТРОПНЫХ И НЕЙРОТРОПНЫХ СПАЗМОЛИТИКОВ В ТЕРАПИИ ДИСПЕПСИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ УРЕМИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОПАТИИ

*А.И. Кокошко, Н.А. Малтабарова,
Ж.Т. Смаилов, А.А. Шмидт, А.Ю. Зинков,
Б.Е. Капенов, Г.С. Бердиярова*

Медицинский университет Астана, г. Астана, Казахстан
Центр амбулаторного гемодиализа ТОО «Фрезениус
Медикал Кейр Казахстан», г. Астана, Казахстан

Вывод:

Гиосцина бутилбромид достоверно более эффективен при лечении диспепсических явлений у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью и значительно снижает их интенсивность за 2 недели. При этом препарат отличается селективностью и не оказывают выраженных побочных действий.

УДК: 618:616.3 П-75

О.В. ВАСЬКОВСКАЯ¹, Н.А. ШАНАЗАРОВ¹, А.И. КОКОШКО²,
Н.А. МАЛТАБАРОВА², Д.Н. КОЗЬМЕНКО², А.Х. ИСЛАМГАЛИЕВ²
¹АО «Республиканский научный Центр неотложной медицинской помощи»,
²АО Медицинский университет Астана», Астана.

ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИКОВ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Проведен ретроспективный анализ терапии болевого синдрома на этапе скорой неотложной помощи с применением спазмолитиков у 163 пациенток с острой гинекологической патологией. Учитывая побочные действия препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы и неселективных холинолитиков предпочтение следует отдавать селективным холинолитикам.

Ключевые слова: неотложная помощь, гинекология, спазмолитики.

Выводы: Согласно полученным данным при анализе использования спазмолитиков можно сделать вывод, что несмотря на широкий спектр препаратов группы спазмолитиков их применение в условиях скорой неотложной помощи ограничено отсутствием у многих препаратов инъекционной формы. Учитывая выраженные побочные действия у препаратов группы ингибиторы фосфодиэстеразы и неселективных холинолитиков предпочтение следует отдавать селективным холинолитикам.

РВОТА

- При тонкокишечной непроходимости
- При почечной колике, перекруте кисты яичника, остром панкреатите, остром холецистите, аппендиците
- Кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки
- Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода



ПРОКИНЕТИКИ

- В отечественной гастроэнтерологической литературе отсутствует единый общепризнанный список прокинетиков. Разные гастроэнтерологи по-разному очерчивают круг лекарств-прокинетиков. Многие из прокинетиков также могут быть включены в состав других групп (противорвотные, нейролептики, противодиарейные и даже антибиотики).





ОТСУТСТВИЕ СТУЛА И НЕОТХОЖДЕНИЕ ГАЗОВ

- Развитие перитонита приводит к рефлекторному угнетению двигательной активности кишечника. Однако при тазовых перитонитах могут наблюдаться поносы и тенезмы вследствие раздражения перитонеальным экссудатом ампулы прямой кишки.
- **N.B. Копростаз и неотхождение газов нередко сопутствуют острому аппендициту у лиц пожилого и старческого возраста.**





СИМПТОМ ЗАЩИТНОГО МЫШЕЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ (ЗМН)

- Раздражителями рецепторов брюшины могут быть желудочно-кишечное содержимое, желчь, моча, кровь и перитонеальный экссудат. Импульсы, идущие с рецепторного поля, передаются в соответствующий сегмент спинного мозга и с двигательных нейронов его передних рогов на иннервируемые данным сегментом мышцы, которые приходят в состояние двигательного сокращения. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки вызывает своеобразную иммобилизацию и обеспечивает покой органам брюшной полости, создавая оптимальные условия для отграничения патологического процесса.



ВЫРАЖЕННОСТЬ ЗМН

- Действующий раздражитель
 - желудочное и кишечное содержимое
 - желчь
 - моча
 - кровь
 - перитонеальный экссудат

- Место воздействия на брюшину
 - верхние и средние этажи брюшной полости
 - область малого таза

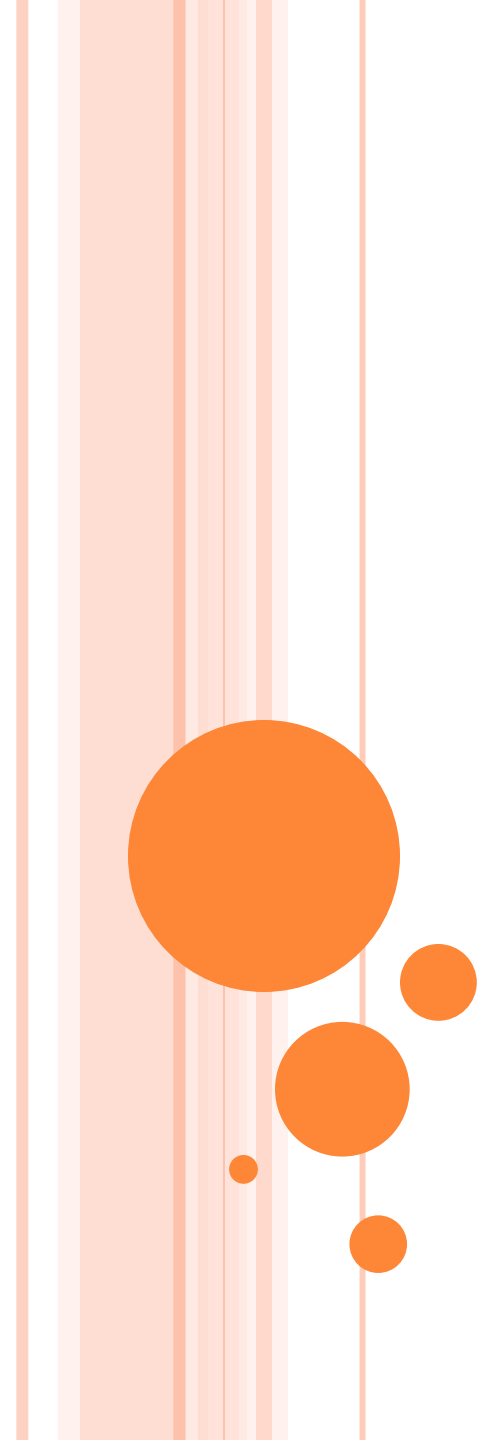
- Время



ТАКТИКА ВРАЧА СМП

- Анамнез и результаты физикального исследования дают до 60-70% информации, необходимой для установления правильного диагноза. Чтобы не осложнить течение патологического процесса и не завуалировать его клинические проявления до осмотра хирурга, не следует: назначать аналгетики и антибиотики, применять слабительные и очистительные клизмы, промывать желудок, назначать тепловые процедуры.





На догоспитальном этапе всегда имеет место гипердиагностика «острого живота», что говорит о настороженности врачей поликлинической сети и скорой медицинской помощи относительно острых хирургических заболеваний, дефиците времени и возможностей на детальное исследование пациента. Тем не менее процент роковых диагностических ошибок, когда острая хирургическая патология вовремя не распознается, продолжает оставаться достаточно высоким. Поэтому существует правило, согласно которому все больные с острыми болями в животе должны в обязательном порядке направляться в хирургический стационар для проведения безотлагательных мероприятий по уточнению характера заболевания. Проведение динамического наблюдения за такими пациентами в амбулаторных условиях является грубой ошибкой.

Причины "острого живота" в гинекологии

- • острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- • нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут "ножки" опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- • острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины

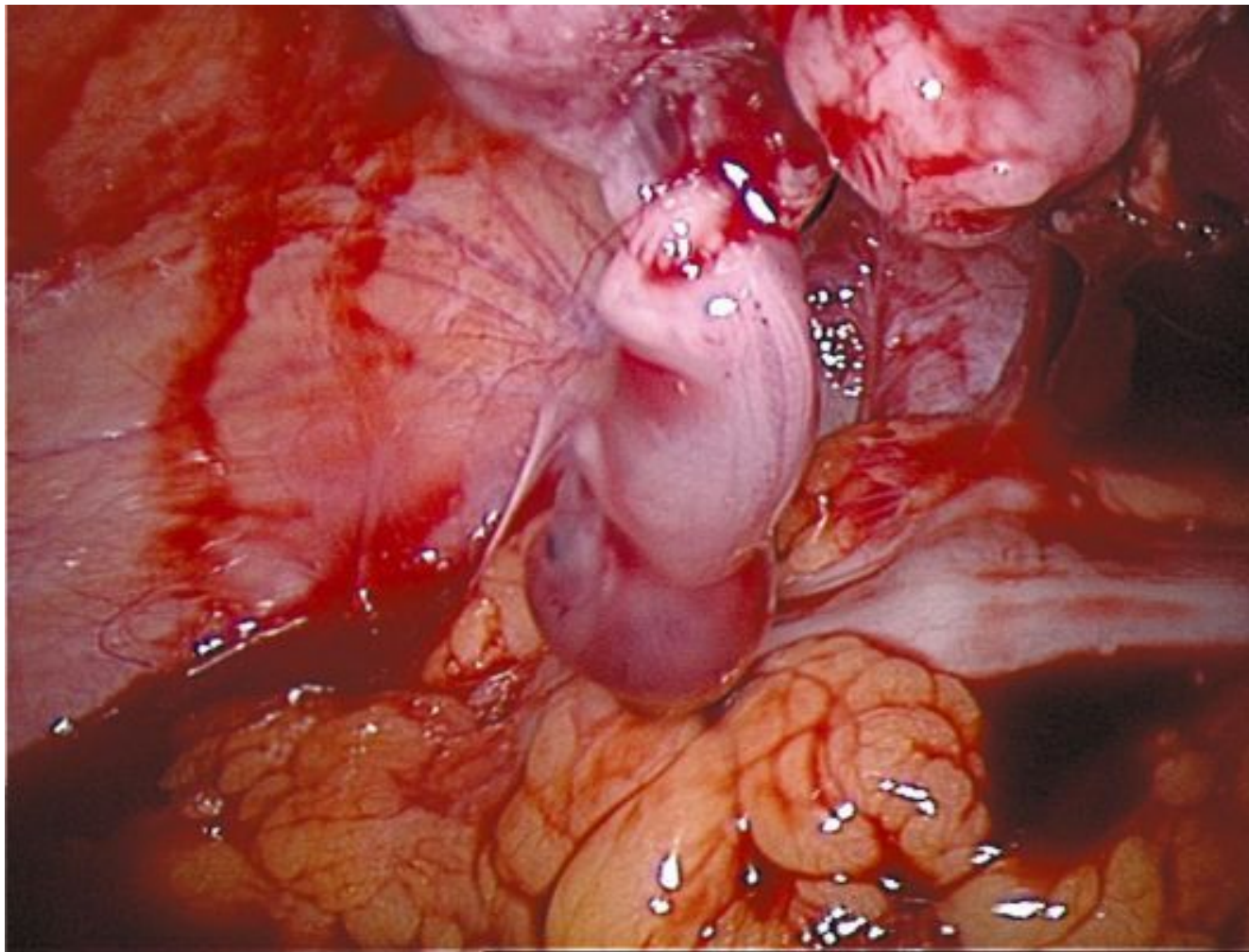


НАРУШЕННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта или разрыва трубы приводит к клинической симптоматике "острого живота".



ТРУБНЫЙ АБОРТ



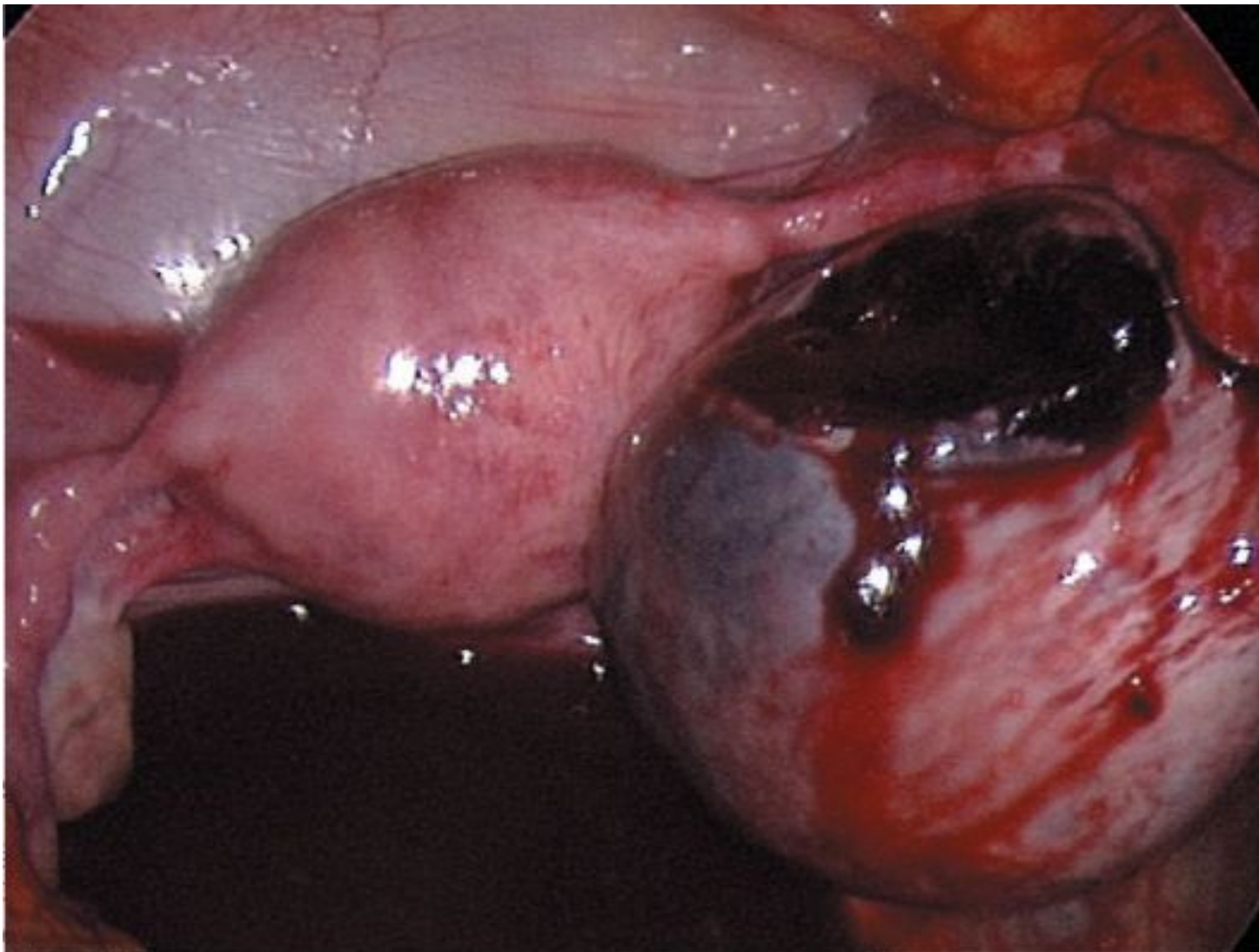
- Неоценимую помощь в **диагностике** внематочной беременности оказывает тщательно собранный анамнез. Обращают внимание на недавно выполненное искусственное прерывание беременности, наличие в анамнезе внематочной беременности, хронического аднексита, бесплодия, аборт, применения средств, стимулирующих овуляцию, гестагенов и т.д. Обязательно следует расспросить пациентку о наличии у нее субъективных признаков беременности.



РАЗРЫВ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ



АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА



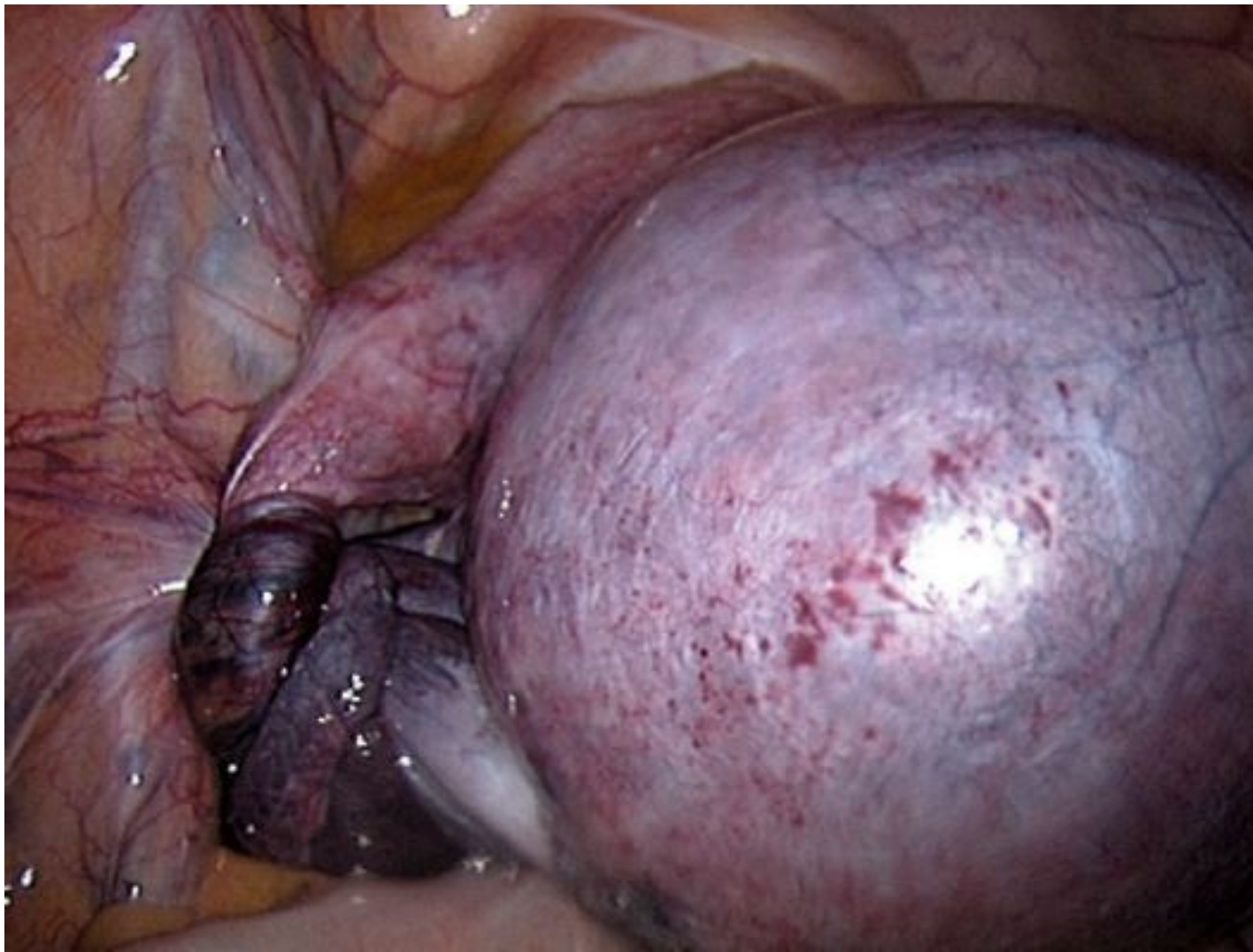
ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- • болевая;
- • геморрагическая(анемическая);
- • смешанная.

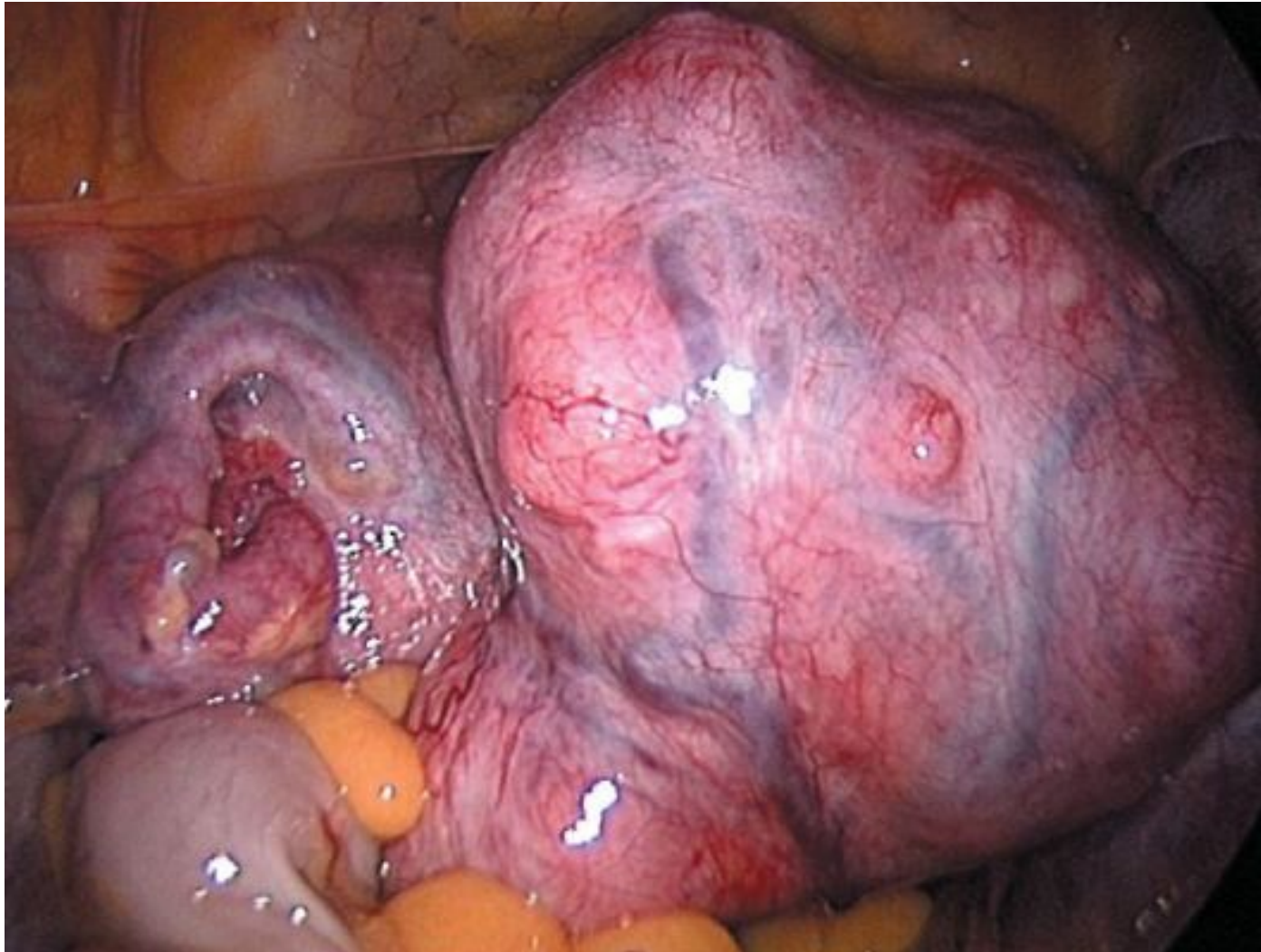
- С учетом величины внутрибрюшной кровопотери выделены три степени геморрагической формы апоплексии яичника:
 - • легкая (кровопотеря 100-150 мл);
 - • среднетяжелая (кровопотеря 150-500 мл);
 - • тяжелая (кровопотеря более 500 мл).



ПЕРЕКРУТ НОЖКИ КИСТЫ (ОПУХОЛЕЙ) ПРИДАТКОВ МАТКИ



ПЕРЕКРУТ ЛИБО НЕКРОЗ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ▣ *Эндометрит*
- ▣ *Сальпингоофорит (аднексит)*
- ▣ *Пельвиоперитонит (вторичный)*
- ▣ *Параметрит*

