

УДК 616.36-009.7

Боль в правом подреберье: диагностическая тактика врача общей практики

Тарасова Л.В., Трухан Д.И.

Резюме. Врач общей практики часто в своей работе сталкивается с «синдромом правого подреберья». Актуальность дифференциальной диагностики обусловлена многообразием заболеваний (терапевтических, хирургических, гинекологических и др.), при которых возможно наличие «синдрома правого подреберья». Наряду с патологией печени и билиарного тракта, в статье рассмотрен ряд заболеваний и состояний, которые диагностируются реже, чем встречаются.

Ключевые слова: врач общей практики, боль в правом подреберье, дифференциальный диагноз, болезни печени и билиарного тракта.

Pain in the right upper quadrant: diagnostic tactics of general practitioner

Tarasova L.V., Trukhan D.I.

Summary. The general practitioner is often faced in their work with the "syndrome of the right hypochondrium." The relevance of differential diagnosis due to a variety of diseases (medical, surgical, gynecological, etc.) which may be present in the "syndrome of the right hypochondrium". Along with the pathology of the liver and biliary tract, the article discussed a number of diseases and conditions that are less likely to be diagnosed than meet.

Key words: general practitioner, pain in the right upper quadrant, differential diagnosis, diseases of the liver and biliary tract.

Врачу общей практики часто в своей работе приходится сталкиваться с «синдромом правого подреберья». Пациенты при этом жалуются на боли, чувство тяжести и распирания в правом подреберье. Вопросы дифференциальной диагностики «синдрома правого подреберья» целесообразно рассматривать через призму фундаментального тезиса дифференциальной диагностики Роберта Хэгглина о том, что частые болезни встречаются часто, а редкие — редко [1].

«Синдром правого подреберья» чаще всего обусловлен наличием у пациента патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей, к которой относятся:

- дисфункции билиарного тракта,
- острый холецистит и желчная колика,
- хронический бескаменный холецистит,
- билиарный сладж,
- желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и калькулезный холецистит,
- холестероз желчного пузыря.

Причиной формирования клинической симптоматики, и прежде всего боли в правом подреберье, при патологии билиарного тракта являются расстройства сократительной функции желчного пузыря, желчных протоков, сфинктеров или их тонуса, а также нарушение синхронности в работе

желчного пузыря и сфинктерного аппарата [2, 3, 4].

При патологии билиарного тракта к скрининговым диагностическим тестам относятся:

- клиника,
- общий анализ крови (лейкоцитоз и увеличение СОЭ при остром холецистите и обострении хронического холецистита),
- дуоденальное зондирование (моторика, концентрация, тонус сфинктера Одди, воспаление — слизь, лейкоциты, желчные клетки, хроматическое зондирование — желчные кислоты, холестерин),
- определение билирубина, щелочной фосфатазы, АлАТ, АсАТ, амилазы и липазы крови во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа;
- УЗИ,
- ЭФГДС.

Реже причиной боли в правом подреберье является гепатомегалия любой этиологии. Боль в правом подреберье при хронических диффузных заболеваниях печени (гепатит, цирроз и др.) обусловлена реакцией глассоновой капсулы, нередко усиливается после физической нагрузки, часто бывает неопределенной и по своему клиническому значению, как правило, уступает другим симптомам данных заболеваний (желтухе, асцит, проявлениям печеночной энцефалопатии).

Боль обычно локализуется в правом верхнелатеральном участке живота ближе к подмышечным линиям. Диагноз устанавливается на основании других признаков поражения печени (желтуха, гепато- и сплено-мегалия, «печеночные знаки», асцит и др.), характерных данных лабораторных исследований (повышенная активность трансаминаз, изменения иммунных проб, положительные вирусные маркеры), данных ультразвукового исследования органов брюшной полости, рентгенологического и эндоскопического исследований желудка (варикозно расширенные вены пищевода), результатов пункционной биопсии печени [5, 6, 7].

Боль в правом подреберье может быть и при патологии других органов пищеварительной системы: поджелудочной железы (острый панкреатит, сопровождающийся

болью и в правом, и в левом подреберье; рак головки поджелудочной железы), желудка (обострение язвенной болезни желудка, острый гастрит, острое расширение желудка, прободная язва желудка), двенадцатиперстной кишки (обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, прободная язва двенадцатиперстной кишки), кишечника (ретроцекальный аппендицит).

Боль в правом подреберье может сопровождать патологию почек (пиелонефрит — болезненность в реберно-позвоночном углу, почечная колика), сердца (стенокардия и инфаркт миокарда, перикардит), легких и грудной клетки (правосторонняя нижнедолевая пневмония, переломы правых нижних ребер, эмболия легочной артерии и инфаркт легкого) и может быть обусловлена другими причинами (поддиафрагмальный абсцесс, опоясывающий лишай).

Все возможные причины, обуславливающие развитие «синдрома правого подреберья», с которыми может столкнуться в своей деятельности врач общей практики, сложно рассмотреть в рамках обзорной статьи. Помня известный афоризм Козьмы Пруткина о том, что «нельзя объять необъятное», нельзя не отметить ряд заболеваний и состояний, при которых также возможно наличие «синдрома правого подреберья», но которые в силу ряда причин диагностируются реже, чем встречаются.

В настоящее время известно более 1000 лекарственных средств, обладающих гепатотоксическим действием [5, 7]. При медикаментозном поражении печени «синдром правого подреберья» чаще проявляется тупой болью, как правило, нерезко выраженной, в правом подреберье и гепатомегалией (не более 2–3 см), наблюдающейся у 2/3 больных. В качестве сопутствующих симптомов можно отметить желтуху, кожный зуд, диспепсические расстройства, адинамию, обесцвеченный кал. Отмечается повышение активности аминотрансфераз (не более чем в 2,5 раза) у 90% больных, наиболее чувствительным индикатором цитолиза гепатоцитов является АлАТ; гипергаммаглобулинемия, повышение тимоловой пробы (маркеров иммуновоспалительного синдрома) регистрируется у 1/5 больных; увеличение ак-

тивности щелочной фосфатазы; уробилин в моче.

Диагностика медикаментозного поражения печени базируется на анамнестических данных — прием гепатотоксичных препаратов или идиосинкразия медикаментов в прошлом. Сложность диагностического алгоритма заключается в возникновении гепатита или холестаза через 5–90 дней после первого приема лекарственного препарата.

В качестве примера можно привести амиодарон, который может вызвать изменения печени, подобные таковым при алкогольном гепатите (тельца Мэллори). Токсические реакции на амиодарон могут развиваться остро или принимать хроническое течение. У лиц, чувствительных к амиодарону, отмечается умеренное повышение активности аминотрансфераз, в ткани печени выявляется картина стеатогепатита. Цирроз печени может сформироваться в течение нескольких месяцев. Биологически активные добавки (БАДы), относящиеся к парафармацевтикам и содержащие растительные компоненты, также могут оказывать токсическое действие на печень и приводить к появлению «синдрома правого подреберья».

Прием лекарственных препаратов (пероральные контрацептивы и дакарбазин) может быть и причиной развития синдрома Бадда-Киари (тромбоз печеночных вен). Данный синдром также может развиваться у беременных и у пациентов с травмой живота; миелопролиферативными синдромами; пароксизмальной ночной гемоглобинурией; системной красной волчанкой; заболеваниями, сопровождающимися дефицитом факторов свертывания, антитромбина III, протеина С и S; онкологическими заболеваниями (опухолью поджелудочной железы, надпочечников и почек; печеночно-клеточным раком). У 25–30% пациентов не удается диагностировать никаких сопутствующих заболеваний (в таком случае синдром Бадда-Киари называют «идиопатическим»).

Боль в животе отмечается у 80% пациентов и локализуется в правом подреберье. К другим симптомам относятся: асцит (обнаруживается более чем у 90% пациентов и является основным проявлением синдрома Бадда-Киари), гепатоспленомегалия (встречается часто), желтуха (выражена

незначительно и может отсутствовать), печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (диагностируется менее часто — в 10–20% случаев).

У 75% больных диагноз ставится по результатам доплеровского ультразвукового исследования печеночных вен (гиперэхогенный тромб в просвете сосуда, уменьшение или отсутствие кровотока или гиперэхогенный тяж на месте одной или более главных печеночных вен). «Золотым стандартом» диагностики синдрома Бадда-Киари является катетеризация печеночной вены и ангиография [5].

Продолжая тему возможной сосудистой патологии, следует указать хроническую ишемическую болезнь органов пищеварения (ХИБОП) в связи с часто встречающимся синдромом абдоминальной боли, который нельзя связать с соматическими заболеваниями органов пищеварения. На основании клинических проявлений выделяют 5 вариантов течения ХИБОП: эрозивно-язвенный, псевдопанкреатический, дискинетический, псевдотуморозный, холецистоподобный [8]. Боль в правом подреберье характерна для 2-х последних вариантов ХИБОП. При холецистоподобном варианте боли в правом подреберье сопровождаются тошнотой, иногда рвотой. При псевдотуморозном варианте боли в правом подреберье и эпигастральной области носят постоянный характер, не купируются спазмолитиками и анальгетиками и могут сопровождаться прогрессирующим похуданием. Основная роль в верификации диагноза ХИБОП принадлежит методам, позволяющим непосредственно выявить окклюзионно-стенотические изменения в висцеральных артериях — УЗ-доплерографии и рентгеноконтрастной аортоартериографии. У пациентов, как правило, выявляется поражение двух или трех висцеральных артерий.

У женщин «синдром правого подреберья» может быть одним из проявлений предменструального синдрома или перигепатита.

Клиническая сущность предменструального синдрома (ПМС) заключается в появлении во второй половине менструального цикла разнообразных расстройств нервно-психического, вегетативно-сосудистого и обменно-эндокринного характере-

ра. С точки зрения интерниста, ПМС заслуживает внимания потому, что подчас «симулирует» заболевания внутренних органов и заметно ухудшает течение экстрагенитальной патологии. Ухудшение течения заболеваний печени и желчевыводящих протоков, проявляющееся усилением болей в правом подреберье, горечью во рту, тошнотой, при котором неэффективен прием желчегонных и обезболивающих средств, связано с развивающейся под влиянием избытка эстрогенов дисфункцией и отеком желчевыводящих протоков и желчного пузыря. В связи с этим в предменструальном периоде у женщин возможно появление гипербилирубинемии. Не последнюю роль играет и нарушение вегетативной регуляции функции этих органов.

Перигепатит (синдром Фитц-Хью-Куртиса) был описан изначально как осложнение гонореи. Однако у 75% больных перигепатитом либо выделяют *Chlamydia trachomatis*, либо обнаруживают антитела к ней. В подтвержденных лапароскопией случаях *Chlamydia trachomatis* выделяют из экссудата, покрывающего глиссонову капсулу [9]. Перигепатит следует заподозрить у молодой женщины, ведущей половую жизнь, при появлении клинической картины, сходной с холециститом (лихорадка и боль в правом подреберье с острым или подострым началом). Симптомы сальпингита при этом могут быть невыраженными. Обычно обнаруживают высокий титр антител к *Chlamydia trachomatis*.

Симптомы перигепатита, включая боль в верхних отделах живота (обычно боль в правом подреберье при резких движениях и боль в правом подреберье при глубоком вдохе) и болезненность в этой области при пальпации, встречаются в 3-10% случаев острых воспалительных заболеваний матки и придатков. Эти симптомы могут появляться одновременно с симптомами основного заболевания или позже, иногда затушевывая боль внизу живота и ведя к ошибочному диагнозу холецистита.

Примерно в 5% случаев острого сальпингита на ранних стадиях заболевания с помощью лапароскопии обнаруживают признаки воспаления — от отека глиссоновой капсулы и гиперемии глиссоновой капсулы до появления фибринозного экссудата с нежными спайками между висце-

ральной и париетальной брюшиной. При запоздалом лечении и проведении лапароскопии в поздние сроки выявляют плотные спайки в виде струн между глиссоновой капсулой и париетальной брюшиной. Натяжение этих спаек приводит к тому, что постоянно возникает боль в правом подреберье при физической нагрузке или боль в правом подреберье в определенном положении. При пальпации обнаруживают болезненность в правом подреберье, которая обычно сочетается с болезненностью придатков и цервицитом (даже в отсутствие явных признаков сальпингита).

Поскольку воспаление обычно ограничено глиссоновой капсулой и не затрагивает паренхиму, функциональные пробы печени почти всегда нормальные. При холецистографии можно обнаружить нарушение моторики желчного пузыря, однако при УЗИ явной патологии билиарного тракта не определяется.

Из других инфекций можно отметить развитие «синдрома правого подреберья» при амебиазе и туберкулезе.

Амебиаз — антропонозный кишечный протозооз, характеризующийся язвенным поражением толстой кишки, склонностью к затяжному и хроническому течению и возможностью образования абсцессов в различных органах [10]. Внекишечный амебиаз чаще наблюдается у больных с наличием анамнестических указаний на кишечные проявления амебиаза, однако может развиваться и как первичный амебиаз. Наиболее часто регистрируют амебиаз печени, который может протекать в двух клинических вариантах: в виде абсцесса печени и амебного гепатита.

Абсцесс печени может развиваться как на фоне клинических проявлений кишечного амебиаза, так и спустя несколько месяцев или лет после их купирования, или даже без всяких предшествовавших ему симптомов амебиаза. Течение абсцесса печени может быть острым и хроническим.

Амебный гепатит чаще развивается на фоне клинических проявлений кишечного амебиаза. Он характеризуется гепатомегалией и болями в правом подреберье. При пальпации определяются равномерное увеличение и плотноватая консистенция печени, ее умеренная болезненность. Температура тела чаще субфебрильная, желтуха развивается редко. В перифери-

ческой крови — умеренно выраженный лейкоцитоз.

Заподозрить туберкулезное поражение печени можно в том случае, если у больного легочным туберкулезом отмечается боль в правом подреберье и обнаруживается увеличение печени [11]. Туберкулезные микобактерии проникают в печень гематогенным или лимфогенным путем, возможно также распространение процесса по желчным ходам. Чаще всего наблюдаются милиарная форма или множественные туберкуломы печени с казеозным распадом в центре. Встречаются также неспецифические изменения в печени при туберкулезе легких в виде реактивного гепатита, жировой дистрофии, амилоидоза или лекарственного гепатита (при длительном применении туберкулостатических средств).

Печень при пальпации увеличена, край ее плотный, в ряде случаев поверхность неровная (при гранулематозной форме), можно пропальпировать узел на ее поверхности (туберкулому). Нередко увеличена селезенка. Диагноз подтверждается ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, лапароскопией, пункционной биопсией печени и сканированием.

Описторхоз — природно-очаговый антропооз, вызываемый трематодой *Opisthorchis felinus* (сибирской двуусткой), который характеризуется вовлечением в паразитарный процесс, наряду с органами обитания паразитов (внутрипеченочные желчные протоки и панкреатические протоки, желчный пузырь), важнейших функциональных систем организма с латентным или клинически манифестным течением в острой и хронической стадиях, с различными вариантами их проявлений [3, 7].

Из эндемической региональной патологии описторхоз, вследствие активной миграции населения в современной России, в настоящее время становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе страны. Наиболее крупным эндемическим очагом описторхоза является Обь-Иртышский бассейн (в настоящее время охватывает более 10 краев и областей России и Казахстана), а мировым центром этой ин-

вазии — Тобольск. Эндемические очаги описторхоза находятся в бассейне Волги и Камы (Казань, Чебоксары), на Южном Урале, в бассейнах Днепра, Днестра и Северной Двины (Даугавы).

Можно выделить следующий диагностический стандарт описторхоза:

- наличие характерного «рыбного» анамнеза с указанием на употребление в пищу не подвергнутой достаточной кулинарной обработке речной рыбы семейства карповых из эндемического очага;
- наличие локальных синдромов (холангиохолецистита, холангита, холецистита, гепатопанкреатита, панкреатита) и болевого синдрома различной степени выраженности в правом подреберье, вследствие преимущественного вовлечения в паразитарный процесс отдельных структур билиарного тракта и поджелудочной железы;
- наличие в общем анализе крови лейкоцитоза, преимущественно за счет увеличения количества эозинофилов;
- наличие в дуоденальном содержимом самих *Opisthorchis felinus* и их яиц;
- наличие в кале яиц *Opisthorchis felinus*;
- положительный тест реакции ИФА на описторхоз.

У соматически здоровых лиц также возможно появление «синдрома правого подреберья», например, внезапное возникновение болей в правом подреберье у спортсменов при выполнении ими интенсивных и длительных физических нагрузок во время соревнований или тренировочных занятий в спортивной медицине [12] рассматривается как проявление печеночного болевого синдрома (ПБС).

Основным этиологическим фактором развития ПБС, при отсутствии патологических изменений со стороны печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, является чрезмерная физическая нагрузка в сочетании с нарушениями тренировочного режима. Часто болевые ощущения появляются во время нагрузок на выносливость, а именно: при беге на длинные и средние дистанции, при лыжных гонках, велогонках и т.д. Боли в правом подреберье в этих

ситуациях, как правило, не имеют предвестников и носят острый характер.

Однако боли в правом подреберье могут быть тупыми или иметь постоянный ноющий характер. В этих случаях острота болей может нарастать с увеличением интенсивности физической нагрузки. Прекращение физической нагрузки способствует уменьшению интенсивности болей или приводит к их исчезновению. Глубокое дыхание и массаж области правого подреберья уменьшают интенсивность болей. Они могут быть проведены непосредственно во время выполнения нагрузки.

Первоначально боли носят периодический характер, однако в дальнейшем они становятся более стойкими и вынуждают спортсмена снижать интенсивность нагрузки или совсем прекращать тренировку или соревнование. В отдельных случаях спортсмены из-за интенсивных болей на длительный период прерывают тренировки и участие в соревнованиях или вообще оставляют спорт.

ПБС наблюдается у 4,3% спортсменов-мужчин, у 4,7% спортсменок. Число случаев растет с увеличением спортивного стажа и повышением спортивного мастерства и может достигать 9,5%. ПБС может отмечаться у более 13% лиц, занимающихся оздоровительным бегом. Определенную роль постановка дыхания как недостаточное участие диафрагмы в акте дыхания при интенсивных физических нагрузках, наряду с другими причинами, может способствовать застою крови в печени и вызывать в конечном итоге боли в области правого подреберья. Приводить к болям в области правого подреберья могут тренировки непосредственно после обильного приема пищи, особенно жирной.

Способствовать прекращению болей в области правого подреберья может глубокое дыхание. При прекращении нагрузки или снижении ее интенсивности эти боли уменьшаются или совсем исчезают.

При проведении дифференциальной диагностики [4, 13] врачу общей практики необходимо оценивать всю полноту и сложность клинической симптоматики и помнить, что для многих заболеваний характерна определенная схема возникновения и развития болей, которая нередко является патогномоничной. Поэтому при наличии у пациента болей в животе врач

общей практики всегда должен анализировать их, учитывая следующие характеристики: начало, развитие, миграцию, характер, интенсивность, локализацию и иррадиацию, продолжительность, причины усиления и облегчения болей.

Курация гастроэнтерологических больных в повседневной практике свидетельствует, что пациенты достаточно часто имеют миксты (от латинского *mixtio* — смешивание) болевых синдромов. В клинической практике можно выделить два варианта микстов болевых синдромов. Если у пациента текущий болевой синдром является многокомпонентным, то его следует рассматривать как комбинированный болевой синдром. В ситуации, когда у пациента имеется ряд причинных факторов развития болевого синдрома, которые дают о себе знать последовательно, следует говорить о последовательном болевом синдроме.

Проблема правильной диагностической трактовки боли в животе (абдоминалгия) является для врача общей практики одной из наиболее сложных и актуальных проблем, что обусловлено большим числом заболеваний (терапевтических, хирургических, гинекологических и др.), при которых боль в животе является ведущим клиническим симптомом, а также возможным атипичным течением этих болезней, которые могут приводить в итоге к различным диагностическим ошибкам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер с нем. — М.: Триада-Х, 1997. — 796 с.
2. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 880 с.
3. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учебное пособие для послевузовского профессионального образования врачей / Д.И. Трухан, И.А. Викторова, Е.А. Лялюкова. — СПб.: СпецЛит, 2011. — 127 с.
4. Трухан Д.И., Викторова И.А. Боль в правом подреберье: вопросы дифференциальной диагностики // Справочник поликлинического врача. — 2012. — №1. — С. 33–37.

5. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей/ Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: Издательский дом «М-Вести, 2002. — 416 с.

6. Диффузные болезни печени: диагностика и лечение. Методическое пособие./ Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: Издательский дом «М-Вести, 2004. — 72 с.

7. Болезни печени: учебное пособие для послевузовского профессионального образования врачей/ Д.И. Трухан, И.А. Викторова, А.Д. Сафонов — СПб.: Фолиант, 2010. — 264 с.

8. Звенигородская Л.А., Самсонова Н.Г. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клиническая картина, диагностика, лечение // Consilium-Medicum. Гастроэнтерология. — 2008. — № 2. — Электронный ресурс: <http://gastroscan.ru/literature/authors/2189> (дата обращения 30.03.2013).

9. Глазкова Л.К., Акилов О.Е. Синдром Фитца-Хью-Куртиса: венерический перигепатит // Заболевания передаваемые половым путем. — 1998. — № 4. — С. 32–39.

10. Руководство по инфекционным болезням / Военно-мед. акад. / Под ред. Ю.В. Лобзина. — 3-е изд., доп. и перераб. — СПб.: Фолиант», 2003. — 1036 с.

11. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. Ю.Н. Ле-

вашева, Ю.М. Репина. — СПб.: ЭЛБИ-СПб. — 2008. — 544 с.

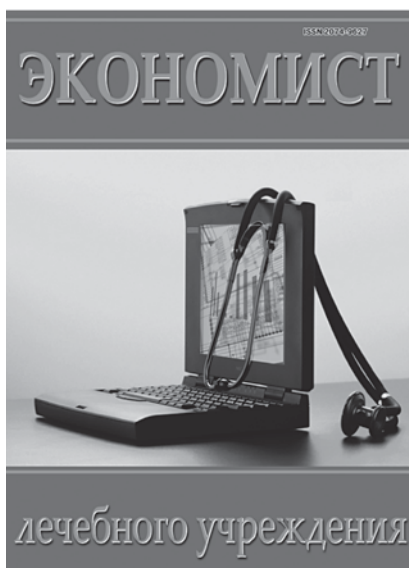
12. Спортивная медицина. Национальное руководство / Под ред. С.П. Миронова, Б.А. Поляева, Г.А. Макаровой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 1184 с.

13. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей / Виноградов А.В. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 606 с.

Сведения об авторах

Тарасова Лариса Владимировна, д-р мед. наук, доцент, главный гастроэнтеролог Минздрава Чувашской Республики, заведующая республиканским гастроэнтерологическим центром, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 с курсом фтизиатрии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», tlarisagast18@mail.ru

Трухан Дмитрий Иванович, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ», dmitry_trukhan@mail.ru



Рецензируемый научно-практический журнал

В издании особое внимание уделяется освещению таких вопросов, как опыт организации и эффективной экономической работы ЛПУ; финансирование медицинской помощи через ФОМС; новое в оплате труда медработников; экономическая учеба; практика работы экономических служб в условиях посткризисного восстановления; анализ актов ревизий КРУ Минфина и др. контролирующих организаций; нормативные документы и комментарии к ним.

Журнал старается делать упор на практическую направленность публикуемых материалов, возможность использования передового опыта, наработанного в России и за рубежом, внедрение новых инновационных технологий, совершенных форм организации работы, которые базируются на последних достижениях науки и в условиях нашей экономики дают наибольший эффект.

Ежемесячное издание. Формат — А4. Объем — 80 с.

Распространяется по подписке и на отраслевых мероприятиях.

(495) 664-2790, medizdat@bk.ru (редакция)

(495) 749-2164, podpiska@panor.ru (отдел подписки)

www.economist.panor.ru, www.Медиздат.РФ, www.medizdat.com

На правах рекламы