

Литература

1. Стародубов В. И., Соболева Н. П., Сковердяк Л. А. Основные направления в развитии медицинской профилактики. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007; 2: 3-6.
2. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002; 2:3-7.
3. Семенова В. Г., Иванова А. Е., Гаврилова Н. С., Евдокушева Г. Н., Гаврилов Л. А., Девиченская М. Н. Медико-демографическая ситуация в городе и селе: сходство и различия. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2002; 2: 3-7.
4. Beaglehole R Yach D. Globalization and the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: The Neglected Chronic Disease of Adults. Lancet 2003; 362: 903-08.
5. Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues. Control Clin. Trials. 1989; 10: 195-208.
6. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham, Open University Press.1996.
7. Goldberg D. P. Williams P. The user's guide to the General Health questionnaire Windsor, NEFR-Nelson,1988.
8. Goldberg D.P. Bridges P. Duncan-Jones D. Grayson D. Detection anxiety and depression in general medical setting. B.M.J 1988; 297: 897-899.
9. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕВБ ВОЗ Копенгаген, 1996.
10. Morgenstern W., Tsechkovski M.S., Nussel E., et al. Baseline Evaluation. CINDI. A joint publication with WHO/EURO. Springer-Verlag, 1991.
11. Чазова Л. В., Балавадзе М. Б., Глазунов И. С. и др. Применение стандартного опросника ВОЗ по выявлению стенокардии напряжения при массовых обследованиях населения. Тер архив 1981; 5: 33-38.
12. Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. Gloinitiative for chronic obstructive lung disease. A Guide for Health care professionals. Updated July, 2003.
13. Ewing J. A. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
14. Bush B., Shaw S., Cleary P., Delbanco T. L., Aronson M.D. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Amer. J. Med. 1987; 82(2): 231-235.
15. Steinweg D. L., Worth H. Alcoholism: The keys to the CAGE. Med. 1993; 94 526-523.
16. Гланц С. Медико-биологическая статистика: М: Практика, 1999.
17. Смудевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М. Беге 2000.
18. Sartorius N., Harding T.W. The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care, In: genesis of the study. Am. J. Psychiatry 1983; 140: 1470-1473.
19. Stefanis C., D., Jadd L. L., Sartorius N et al. WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders. Module 1-4. NCM Publishers, Inc. New York, 1997.
20. Bruce M.L. Kim K.M. Differences in the effect of divorce on major depression in men and women Am. J. Psychiatry 1992; 149: 914-917.
21. Williamson M.T. Sex differences in depression symptoms among adult family medicine patients. J. Fam. Pract. 1987; 25: 591-594.

Синдром правого подреберья: нозологический диагноз, программы вмешательства

Б. Л. Мовшович, Н. С. Юрицин, М. М. Осадчук

Кафедра семейной медицины Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, (ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава), г. Самара

The right hypochondrium syndrome: nosologic diagnosis and interventions

B. L. Movshovich, N. S. Juritsin, M. M. Osadchuk

Faculty of family medicine of Institute of postgraduate education The Samara state medical university of Federal agency on public health services and social development

Резюме

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и качества вмешательства в естественное течение болезней, протекающих с синдромом правого подреберья (СПП) — в условиях первичных звеньев здравоохранения России.

Материалы и методы. Взрослое население двух врачебных участков (3109 чел.). Методы исследования: клинические с тщательной семиологической характеристикой болевых ощущений, лабораторные и инструментальные методы: этапное хроматическое дуоденальное зондирование, биохимическое исследование желчи порции В: определение С-реактивного белка, гекоз и их фракций, ультразвуковое исследование желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП), оценивали сократительную способность ЖП, зофагагастродуоденоскопия с прицельной гастробиопсией.

Результаты. По данным активного выявления пациентов с СПП, реальная его распространенность составляет 15,1% взрослой субпопуляции; структура СПП (после исключения экстремальных клинических ситуаций): «редкие» причины — 3,3%, ЖКБ — 56,2%, хронический некалькулезный холецистит (ХНХ) — 28,3%, первичные дискинезии ЖП и ЖВП — 12,2%.

Б. Л. Мовшович — д. м. н., профессор; зав. кафедрой семейной медицины, Лауреат премии Правительства РФ;
Н. С. Юрицин — кандидат медицинских наук.

Заключение. Вмешательство ВОП эффективно по «мягким» клиническим результатам (динамика индекса качества жизни от -5 до -1, критериям доказательной медицины — ЧБНЛ - 2). Разработан клинический алгоритм для ВОП «Пациент с синдромом правого подреберья».

Ключевые слова: синдром правого подреберья, общая врачебная практика.

Summary

The purpose of research. Increase of efficiency of diagnostics and quality of intervention in natural current of the illnesses proceeding with a syndrome right hypochondrium (SRH) — in conditions of primary parts of public health services of Russia.

Materials and methods. Adult population of two medical sites (3109 p.). Methods of research: clinical with careful semiological the characteristic of painful sensations, laboratory and tool methods: line-of-communication chromatic duodenal sounding, biochemical research of bile of a portion In: definition from fiber, hexose and their fractions, ultrasonic research of a gall-bladder and bile-excreting ways, estimated retractive ability gall-bladder, esophagogastroduodenoscopy with aim gastrobiopsy.

Results. According to active revealing patients with SRH, its real prevalence makes 15,1% of an adult subpopulation; structure SRH (after exception of extreme clinical situations): the «rare» reasons — 3,3%, cholelithiasis illness — 56,2%, chronic acalculous cholecystitis — 28,3%, primary dyskinesia gall-bladder and retractive ability gall-bladder — 12,2%.

The conclusion. Intervention general practitioner is effective by «soft» clinical results (dynamics of an index of quality of a life from -5 up to -1, to criteria of demonstrative medicine — number of patients, which are necessary for treating the certain method during set time to prevent a failure at one patient - 2). The clinical algorithm for general practitioner «The patient with a syndrome right hypochondrium» is developed».

Keywords: a syndrome right hypochondrium, the general medical practice.

Введение

Синдром правого подреберья (СПП) — клинический симптомокомплекс с ведущим симптомом — болью в правом подреберье и сопутствующими симптомами (тошнота, отрыжка, горечь во рту и др.) [1]. Чаще всего СПП обусловлен хроническими заболеваниями желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП), широко распространенными в популяции [2, 3]. Работа ставит целью выработку алгоритма диагноза при болезнях с ведущим СПП в реальных условиях врачебного участка.

Материалы и методы

Первичный скрининг взрослого населения двух врачебных участков (3109 чел.), осмотрено 2653 чел., 1111 мужчин, 1542 женщины в возрасте 18-68 лет. Активно выявлено 402 чел. (15,1%) с СПП, добровольное согласие на обследование получено от 368 чел. (91,5% выборки). До проведения скрининга под наблюдением врачей состояло 96 чел. с СПП (3,1% населения). В течение года к участковому врачу обратились 10 чел. по поводу нестерпимых болей в правом подреберье.

Методы исследования: клинические с тщательной семиологической характеристикой болевых ощущений. Исследовали пальпаторные (Захарьина, Образцова-Мерфи) и перкуторные симптомы (Ортнера, Василенко).

Лабораторные и инструментальные методы. Этапное хроматическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ) проводили по методике В. А. Максимова [4]. Биохимическое исследование желчи порции В: определение С-реактивного белка, гексоз и их фракций [5-7]. Содержание гексоз в каждой пробе находили по калибровочной кривой. Гексозы гликопротеинов вычисляли по формуле: $G_{гп} = G_o - G_{гга}$, где

$G_{гп}$ — гексозы гликопротеинов, $G_{гга}$ — гексозы гликозаминогликанов, G_o — гексозы общие. У здоровых людей (20 чел) G_o составили $0,11 \pm 0,008$ мкмоль/л, $G_{гга}$ $0,05 \pm 0,004$ мкмоль/л, $G_{гп}$ $0,045 \pm 0,0042$ мкмоль/л.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) ЖП и ЖВП проводили по классической методике. Оценку сократительной способности желчного пузыря определяли по методу Е. З. Поляк: сокращение желчного пузыря после приема 50 мл 10% раствора сорбита или 40 мл 40% раствора ксилита на 30% за 30 мин соответствовало нормальной эвакуаторной способности пузыря [8]. Используются УЗИ-критерии нормы и патологии ЖП и ЖВП [9].

Эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) с прицельной гастробиопсией проводили для исключения заболеваний верхних отделов ЖКТ, утром, натощак на аппарате «OLYMPUS-GIF-P020». Обработка результатов: параметрические методы. Дизайн исследования: открытое продольное сплошное типа случай-контроль с 3-м уровнем (С) внутренней, 5-м внешней достоверности.

Результаты

У пациентов с острой нестерпимой болью в правом подреберье (10 чел.) диагностированы: острый калькулезный холецистит у 3 чел., острый калькулезный холецистит в сочетании с острым панкреатитом у 2 чел., острый гангренозный аппендицит с атипичной локализацией отростка у 1 чел., язвенная болезнь 12-перстной кишки с пенетрацией в гепатодуоденальную связку, головку поджелудочной железы у 1 чел., аневризма абдоминального отдела аорты у 2 чел., правосторонняя плевропневмония у 1 чел.

В ходе скрининга выявлены 12 пациентов с рецидивирующими болями в правом подреберье, у которых были идентифицированы относительно редкие для первичного звена болезни.

Диагностированы — рак желчного пузыря с прорастанием в пузырный проток у 1 чел., метастатический рак печени у 3 чел., рак печеночного угла поперечной ободочной кишки у 1 чел., эхинококковая киста печени у 3 чел., гемангиома правой доли печени у 1 чел., киста головки поджелудочной железы у 1 чел., внеорганный киста брюшной полости у 1 чел., полипоз желудка у 1 чел.

ЖКБ [207 чел.] начиналась и протекала с рецидивами желчной колики у каждого третьего пациента (68 чел., 32,9%), у остальных 139 чел. (67,1%) отмечались рецидивы болей в правом подреберье билиарного типа; у 22 пациентов было сочетание болей двух указанных типов. Типичная иррадиация болей вверх и вправо — симптом, выявленный у каждого третьего (67 чел., 32,2%) пациента. О четкой связи болевых эпизодов с нарушением диеты (переедание, жирная, жареная пища, употребление крепленых вин) сообщали 147 (71,0%) больных.

Субъективные характеристики болевого эпизода: интенсивная, труднопереносимая боль у 67 (32,2%) больных, умеренная боль у 140 (67,8%) пациентов.

Другие, субъективно легче переносимые симптомы: горечь во рту, изжога, отрыжка у каждого пятого пациента, рвота во время болевого эпизода — у каждого десятого. Около 20% пациентов жаловались на «урчание» в животе, склонность к запорам. Частыми сопутствующими жалобами были слабость, утомляемость, раздражительность, головные боли.

Длительность болезни была весьма вариабельной, колебалась от 6 мес до 10 лет и более, у большей части пациентов (138 чел.; 66,6%) болезнь продолжалась свыше 5 лет. У 74 чел. (35,7%) обследованных при активном обращении к врачу по поводу болевого синдрома в правом подреберье найдено умеренное локальное антальгическое напряжение мышц, сочетающееся со значительной болезненностью в точке желчного пузыря у 23 чел (11,1%) при желчной колике.

У большинства больных выявлены положительные пальпаторные (62,3%) или перкуторные (82,6%) симптомы Захарьина, Кера, Ортнера, Мерфи-Образцова, Василенко. Нередкой находкой были пальпаторная болезненность в эпигастрии (82 чел., 39,0%), среднем мезогастррии в проекции поджелудочной железы (98 чел., 47,3%).

Главным УЗИ-феноменом было обнаружение камней в желчном пузыре у всех пациентов рассматриваемой группы. Количество камней колебалось от одного до восьми, размеры — от 0,5 до 3 см. Локализация камней: в дне пузыря у 153 чел., в шейке у 32 чел., та и другая локализация — у 12 чел.

Кроме камней, у 36 пациентов выявлен сладж-феномен, у 58 — осадок на дне желчного пузыря. *УЗИ-признаки:* двойной контур желчного пузыря найден у 12 (5,8%) больных, утолщение, уплотнение стенки желчного пузыря — у 100 (48,3%) обследованных. УЗИ-критерии расширения холедоха — находка у 30 (15,2%) пациентов. УЗИ-критерии обструкции пузырного протока (камень) с формированием водянки желчного пузыря («отключенный желчный пузырь») определены в 5 (2,5%) случаях.

У каждого второго обследованного найдены УЗИ-признаки изменений поджелудочной железы, у каждого пятого — паренхимы печени. У пациентов с острыми болями в правом подреберье, усиливающимися при нагрузке, ходьбе, имевшими выраженный диспептический синдром, повышение температуры до субфебрильных цифр, локальное напряжение мышц правого подреберья, пальпаторные и перкуторные феномены (+), определялись умеренный лейкоцитоз (12-14,0x10⁹/л), сдвиг лейкограммы влево, увеличение СОЭ (12 чел.), транзиторное повышение АЛАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, γ -ГТП, гиперамилаземия (12 чел.). В остальных случаях при относительно спокойном течении болезни, в т.ч. при рецидивах умеренной билиарной боли, лабораторных изменений не выявлялось.

Аналогичной была картина при плановом обследовании пациентов с желчной коликой в анамнезе. *При ФГДС:* гастритические изменения у 83 чел (40,4%), в половине случаев ассоциированных с геликобактериозом (47 чел., 22,7%).

У 9 пациентов (4,3%) обнаружена луковичная дуоденальная язва. Визуализированы дуоденальный рефлюкс у 42 чел., (20,3%), гастродуоденальный рефлюкс у 11 (6,0%) чел. Ведущей жалобой пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) [104 чел.] были боли в правом подреберье (у 100% обследованных — «проблема пациента»).

Более чем у половины больных (63 чел.; 60,6%) боли имели характер острых, коликоподобных, в виде кратковременных эпизодов по 5-10 мин, на фоне дискомфорта в правом подреберье, неопределенных ноющих болей, чаще связанных с нарушением диеты.

Другие пациенты (41 чел.; 39,4%) характеризовали боль как давящую, тянущую, длительную, «нудную», усиливающуюся при дол-

гом стоянии, езде в транспорте. Боли этого типа чаще сопровождалась чувством горечи во рту, отрыжкой, изжогой.

Боль с иррадиацией в спину, лопатку, отмечали 15 (14,4%) больных, у некоторых она возникала на высоте боли в правом подреберье, у других эта иррадиация была постоянной в виде «неловкости, чувстве наболевшего, заложенности» и других субъективных характеристик отраженной боли.

Острым начало болезни было лишь у 21 (20,2%) чел., пациенты отмечали четкий день начала болезни, как правило, хронологически последующий за диетической погрешностью: боли в правом подреберье, тошнота, иногда рвота, горечь во рту, повышение температуры до субфебрильных цифр.

К врачу в дебюте болезни обратились лишь 11 (10,6%) пациентов, улучшение наступило после назначения диеты, антибиотиков, спазмолитиков. Остальные 10 пациентов обошлись самолечением: голод, затем щадящая диета, обильное питье, антибиотики, спазмолитики.

Более типичен вариант с постепенным началом болезни (83 чел., 79,8%), когда у пациента, не приверженного строгим диетическим правилам, после очередной погрешности в диете или на фоне постоянного нерегулярного «бутербродного» питания стали появляться ноющие, давящие боли в правом подреберье, либо короткие коликообразные эпизоды той же локализации. Затем наступила хронизация указанного состояния, боли приобрели характер ремитирующих.

Давность болезни различна, в большинстве случаев болезнь протекала в течение ряда лет (от 3-5 до 15 лет) с обострениями различной длительности и частоты. Наиболее частый тип обострения (65 чел., 62,5%) — одно обострение длительностью до 1-1,5 мес. (в нелеченных случаях).

Как правило, у каждого пациента выявлялись положительные симптомы (пальпаторные и перкуторные), описанные, как признаки патологии желчного пузыря, в различных сочетаниях. У половины пациентов определялась пальпаторная болезненность в эпигастрии, как одно из проявлений синдрома желудочной диспепсии с морфологическим субстратом в виде хронического гастрита. Болезненность при пальпации в проекции поджелудочной железы найдена приблизительно у каждого второго пациента.

У всех пациентов выявлены ЭХО-симптомы воспаления желчного пузыря в виде уплотнения, утолщения (>3 мм), у 28 (26,9%) больных определен более серьезный признак хронического холецистита — «двойной контур». Этот симптом четко коррелировал с клиникой

и другими параклиническими признаками выраженного обострения болезни.

Большое значение придавали динамике сокращения желчного пузыря после «желчонного завтрака», в качестве которого использовали растворы сорбита, маннита (10 г на стакан воды). Сокращение пузыря менее чем на 1/3 получено у 41 (39,4%) больных — этот признак считали одним из критериев гипокинетической дискинезии желчного пузыря.

У других пациентов (27 чел., 26,2%), напротив, пузырь хорошо сократился (до 2/3 объема), что расширилось как один из критериев гиперкинетической дискинезии органа. Неоднородность, повышенная экзогенность структур поджелудочной железы были УЗИ-находкой у многих (более половины) пациентов. Очень умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкограммы влево найдены у 7 чел., самостоятельно обратившихся к ВОП в фазе выраженного обострения болезни, которое удалось купировать амбулаторно.

Частой находкой было умеренное увеличение СОЭ. ФХДЗ: Лишь у каждого четвертого пациента найдено снижение pH в порции В. Высокоинформативными маркерами холецистита оказались биохимические показатели в желчи В: С-протеин, повышение Го (у больных $0,21 \pm 0,007$ мкмоль/л, $p < 0,001$), Ггаг (у больных $0,145 \pm 0,0045$ мкмоль/л, $p < 0,001$), показатель Ггп мало отличался от нормы (у больных $0,054 \pm 0,0031$ мкмоль/л, $p > 0,05$). ФГДС: признаки гастродуоденального рефлюкса у 12 чел. (11,6%), язвы желудка у 1 (0,7%), 12-перстной кишки у 11 чел. (10,6%), более чем у половины — гастроскопические признаки гастрита, дуоденита с соответствующим цитологическим подтверждением, геликобактериоз той или иной степени выраженности. Хронический некалькулезный холецистит в фазе обострения без явной дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей диагностирован у 36 чел. (34,7%); хронического некалькулезного холецистита в фазе обострения с гипертонической дискинезией желчного пузыря у 27 чел. (25,9%), в т.ч. с гипертонией (спазмом) сфинктера Одди у 13 чел. (12,5%); хронического некалькулезного холецистита в фазе обострения с гипотонической дискинезией желчного пузыря у 41 чел. (39,4%).

Тот или иной вариант болевого синдрома в правом подреберье выявлен у каждого пациента с первичной дискинезией желчного пузыря и желчевыводящих путей. [45 чел.]

В первой подгруппе (31 чел., 68,8%) боли носили характер коликообразных, острых, недлительных (до 10-15 мин), не всегда связанных с приемом пищи. Пациенты отмечали четкую их локализацию — правое подреберье,

без иррадиации, многие пациенты принимали антальгическую позу (сгибались, прижимали правый бок рукой, иногда ложились поджав ноги).

Многие больные с целью купирования боли принимали но-шпу, иногда в сочетании с анальгином, либо комплексные препараты, содержащие спазмолитики и анальгетики (новиган, спазган и др.), хотя затрудились ответить, что же в самом деле помогло — таблетки или покой, антальгическая поза, грелка.

Ни один из пациентов не сообщал о широком ареале болей, ее иррадиации, каких либо других симптомах, сопутствующих боли.

Во второй подгруппе (14 чел., 31,2%) боли были длительными, ноющими, тянущими, чаще связанными с нарушением диеты. Прием спазмолитиков был малоэффективным, лучше помогали комплексные препараты типа новигана, спазгана. Боли этого типа часто сопровождалась сопутствующими симптомами — горечью во рту, тошнотой, отрыжкой. У каждого четвертого пациента из всей группы жалобы на вздутие живота, склонность к запорам.

Часты были жалобы общего характера — слабость, утомляемость, низкая стрессоустойчивость, эмоциональная лабильность, метеочувствительность.

При изучении анамнеза: боль первого типа характеризовалась четкой датой первого ее возникновения — пациенты вспоминали, что «был первый приступ, а до этого ничего подобного не было», а затем приступы возобновлялись с разной частотой (раз в неделю, раз в 2 недели, раз в месяц...).

При болях второго типа пациенты не могли припомнить четкую дату начала болезни, они отмечали ее постепенное возникновение с неопределенных ноющих, тянущих болей в правом подреберье, вначале неактуальных, «не мешающих» работать и жить, затем боли стали более интенсивными, давящими, тянущими, приобрели характер затяжных приступов до 30–40 мин, часто связанных с нарушением диеты.

У большинства пациентов работа и весь жизненный уклад был связан с психоэмоциональным дистрессом. При наличии болевого синдрома в правом подреберье у пациентов обеих подгрупп определялась болезненность в точке желчного пузыря, были положительными пальпаторные и перкуторные эпонимические феномены. В «спокойном» состоянии, вне болевого эпизода, все указанные симптомы были отрицательными у всех пациентов. Исключены УЗИ-критерии ЖКБ, не выявлено признаков хронического холецистита, двигательные нарушения представлены эзографическими признаками гипертонической (в первой под-

группе) либо гипотонической (во второй подгруппе) дискинезии желчного пузыря. При ФХДЗ (порция В) — у всех пациентов не было критериев воспалительного процесса (снижение относительной плотности желчи, сдвига pH, большого количества лейкоцитозидов, биохимических маркеров воспаления — находок С-протеина, повышения Го, Граг).

В то же время, по временным и количественным параметрам в первой подгруппе удалось выявить в Адуод1 малое количество желчи, в Адуод2 — позднее выделение желчи, в Адуод3 — позднее выделение желчи: % в порции В — малое, менее 30 мл, количество желчи. Это позволило, в комплексе с данными клиники и УЗИ, сделать заключение о наличии у рассматриваемой когорты гипертонической дискинезии желчевыводящих путей и сфинктера Одди.

Во второй подгруппе найдено в Адуод1 выделение желчи в значительном количестве, в порции В значительное, длительное отделение желчи.

В сочетании с данными клиники, УЗИ, это позволило сделать заключение о наличии у рассматриваемых 14 чел. (31,2%) гипотонической дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Итак, проведенное исследование позволило представить рассматриваемую проблему глазами врача первичного звена следующим образом: на участке ВОП пациентов с СПП 15,1%. Структура СПП (после исключения экстремальных клинических ситуаций): «редкие причины» — 3,3%, желчнокаменная болезнь — 56,2%, хронический некалькулезный холецистит — 28,3%, первичные дискинезии ЖП и ЖВП — 12,2%.

Проведенное исследование позволяет предложить для практического использования врачами первичного звена следующее.

Базовый алгоритм

Пациент с проблемой здоровья «синдром правого подреберья»

1. Пациент с острыми нестерпимыми болями в правом подреберье:

– редкие причины: перфорация внепеченочной язвы двенадцатиперстной кишки; пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки в гепатодуоденальную связку, головку поджелудочной железы; заворот тонкой кишки; абдоминальный вариант инфаркта миокарда; расслаивание аневризмы аорты в абдоминальном отделе. Возможности ВОП: анамнез, физикальный статус, общий анализ крови, ЭКГ. Купирование болевого синдрома, Госпитализация по назначению.

— частые причины: острый калькулезный/некалькулезный холецистит/панкреатит; ЖКБ, обтурирующий камень желчевыводящих путей.

Возможности ВОП: анамнез, физикальный статус, общий анализ крови, при возможности УЗИ. Купирование болевого синдрома. Госпитализация в хирургическое отделение.

2. Пациент с рецидивирующими болями в правом подреберье:

— исключить: рак желчного пузыря, желчевыводящих путей; первичный и метастатический рак печени; рак головки поджелудочной железы; эхинококкоз печени; гемангиома печени; гипернефрома верхнего полюса правой почки; рак печеночного изгиба ободочной кишки; правосторонняя плевропневмония с вовлечением базальных сегментов; опоясывающий лишай

Возможности ВОП: анамнез, физикальный статус, скрининг 1-го, по показаниям 2-го уровня. Купирование болевого синдрома. Консультация профильного специалиста, ведение пациента в соответствии с его рекомендациями, включая госпитализацию в профильный стационар.

— частые причины (типичная для ОВП патология): пациент с желчнокаменной болезнью; пациент с некалькулезным холециститом; пациент с первичной дискинезией желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Возможности: ВОП выполняет ведущую роль в организации ведения пациентов. Индивидуализация диагноза по физикальным параметрам (форма, стадия, течение болезни, фоновая и сопутствующая патология), психологическому статусу (тип отношения к болезни, тревожность, уровень кооперации), социальному статусу (уровень доходов — низкий, средний, высокий).

Обсуждение

Необходимыми и достаточными методами, доступными ВОП, для постановки достоверного синдромного, вероятного нозологического диагноза при проблеме пациента «острая нестерпимая боль в правом подреберье» является тщательный семиологический анализ жалоб, физикального статуса, дополнительных методов скрининга 1-го уровня; госпитализация по назначению следует после купирования болевого синдрома.

При рецидивах острых болей в правом подреберье ВОП следует исходить из презумпции наивысшей опасности для пациента.

По данным активного выявления пациентов с СПП командой ПМСП, реальная его распространенность составляет 15,1% взрослой субпопуляции; структура СПП (после исключения экстрагемальных клинических ситуаций): «редкие» причины — 3,3%, ЖКБ — 56,2%, ХНХ — 28,3%, первичные дискинезии ЖП и ЖВП — 12,2%.

Типовая для ОВП патология, протекающая с СПП: желчнокаменная болезнь, хронический некалькулезный холецистит, первичная дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Критерии отнесения пациентов к каждой из указанных подгрупп, доступные ВОП: тщательный семиологический анализ жалоб, физикального статуса, ультразвуковое исследование, фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с выделением критериев воспаления (микроскопия желчи, С-протеин, гексосы), временных параметров желчевыделения (оценка типа дискинезии).

При ЖКБ определение показаний к операции — задача ВОП совместно с профильным специалистом. Разработанные краткие клинические рекомендации для ВОП «Пациент с синдромом правого подреберья» научно обоснованы, исходят из базовых положений о презумпции наиболее опасной болезни, триединства диагноза и триединства вмешательства, как наиболее эффективных в практике первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Хазанов А. И. Холециститы. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. Том 3. Болезни органов пищеварения. Под ред. Комарова Ф. И., Хазанова А. И. М., «Медицина», 1992. 273-291.
2. Маев И. В., Самсонов А. А., Салова Л. М., Шах Ю.С., Ульянкина Е. В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ; 2003.
3. Циммерман Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь; 1992. 227-287.
4. Максимов В. А., Чернышев А. Л., Тарасов К. М. Дуоденальное исследование. М.; 1998.
5. Неверов И. В., Титоренко Н. И. Методика определения гексос сыворотки крови. Лаб. дело; 1979, №6. 323-325.
6. Неверов И. В., Титоренко Н. И. Содержание гексос, связанных с белком, в сыворотке крови. Сов. Медицина; 1979. №1. 28-31.
7. Панфилов Ю. А., Шампанская М. А. Фракционное определение гексос желчи, связанных с белком, и их диагностическое значение. Лаб. дело; 1985, №6. 330-331.
8. Антонов О. С. Ультразвуковая диагностика дискинезий желчного пузыря. О. С. Антонов, О. П. Ротанов. Тер. Архив; 1986. №2. 91-93.
9. Маев И. В. Заболевания желчевыводящих путей печени: лечение препаратом гепабене. Фарматека; 2004. №5. 28-31.