

Билиарная боль: трудности диагностики?

Боль приносит дискомфорт в жизнь человека. Она имеет не только физическое, но и психологическое влияние на человека. Боль – это прежде всего сигнал о возможном повреждении ткани вследствие развития местного патологического процесса, который связан с воспалительными процессами или травмой. В гастроэнтерологической практике боль является ведущим симптомом. Четкое описание характера, интенсивности и локализации боли помогает врачу правильно диагностировать заболевание и выбрать наиболее оптимальную стратегию лечения.

Среди патологии билиарного тракта наиболее часто встречаются функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди, хронический некалькулезный холецистит, холангит, холестероз желчного пузыря, желчно-каменная болезнь, постхолецистэктомический синдром. Все эти заболевания в той или иной степени могут проявляться билиарной болью. В основе развития этой боли лежат нарушения моторной активности желчного пузыря и желчевыводящих путей, сократимости желчного пузыря, нарушение работы сфинктерной системы, воспалительные и ишемические процессы.

Билиарная боль может различаться по своему механизму возникновения. Так, при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу она возникает вследствие перерастяжения желчного пузыря. Клинически это проявляется постоянными ноющими и распирающими болями, которые усиливаются после приема пищи и продолжаются более 20 мин, и чувством тяжести в правом подреберье. При дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу причиной возникновения боли является спазм гладкой мускулатуры, который может возникать при повышении тонуса блуждающего нерва. При этом пациент жалуется на острую схваткообразную боль в правом боку или подреберье. Такая же боль сопровождается такими заболеваниями, как желчнокаменная болезнь и калькулезный холецистит. В этом случае спазм гладкой мускулатуры вызывается раздражением конкрементами слизистой оболочки в области шейки желчного пузыря, устья и стенок пузырного протока. При этих нозологиях билиарная боль может возникать при обтурации желчевыводящих путей камнем, что приводит к застою желчи и повышению давления в желчевыводящих протоках и желчном пузыре. Кроме болевого синдрома, при обтурации отмечается повышение температуры и развитие механической желтухи.

Провести дифференциальную диагностику между заболеваниями, которые вызывают билиарную боль, помогают специфические симптомы, характерные для той или иной нозологии. Так, при остром холецистите у пациента отмечаются: повышение температуры, диспепсические проявления, появление симптомов Ортнера, Керра, Курвазье, Георгиевского-Мюсси, Мерфи. Как было указано выше, желчнокаменная болезнь может проявляться развитием желтухи, появлением зуда, наличием холецистокардиального синдрома и симптома Щеткина-Блюмберга.

Трудности в диагностике билиарной патологии на догоспитальном этапе могут возникать в силу различных причин. Во-первых, это может быть обусловлено схожестью клинических проявлений функциональных расстройств и органических заболеваний билиарной системы (холангит, холецистит, желчнокаменная болезнь). Во-вторых, билиарную боль могут имитировать клинические проявления заболеваний других органов и систем: так, это может наблюдаться при атипичном расположении червеобразного отростка, при правосторонней почечной колике, при определенных вариантах синдрома раздраженного кишечника. Поэтому для уточнения диагноза и получения большей информации о причине возникновения билиарной боли на этапе дальнейшего обследования необходимо использование лабораторных и инструментальных методов, которые могут быть недоступны на догоспитальном этапе.

Кроме анамнестических данных и результатов объективного обследования, в диагностике заболеваний билиарного тракта используются лабораторно-инструментальные методы исследования: общий и биохимический анализ крови, фракционное хроматическое дуоденальное зондирование, микроскопическое и биохимическое исследование желчи, рентгенологическое, радиологическое и ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны, эндоскопическое исследование и другие.

Благодаря проведению фракционного хроматического дуоденального зондирования можно качественно и количественно оценить моторную функцию желчевыводящей системы. Ультразвуковое исследование дает возможность определить форму, размеры желчного пузыря и желчевыводящих путей, наличие конкрементов в полости пузыря или в просвете желчевыводящих путей.

Лечение функциональных расстройств билиарного тракта направлено не только на устранение болевого синдрома, но и на восстановление тонуса сфинктерной системы и нормализацию оттока желчи из желчного пузыря и желчевыводящих путей, так как нарушение выведения желчи может приводить к развитию воспалительных процессов в стенке желчного пузыря, желчевыводящих путей,

к формированию камней. Одной из главных составляющих оптимального лечения является правильная организация питания. При данной патологии из рациона должны быть исключены газированные напитки, алкоголь, жирная и жареная пища, копчености. Медикаментозное лечение включает назначение спазмолитиков, желчегонных препаратов растительного и животного происхождения, анальгетиков. Следует помнить, что пациентам с билиарной болью нельзя назначать анальгетические препараты до постановки диагноза, так как это может значительно исказить клиническую картину, что особенно опасно при наличии хирургической патологии.

Для купирования болевого синдрома больным с дисфункциональными состояниями желчного пузыря по гипертоническому типу в первые сутки показано пероральное применение спазмолитиков. Из этой группы лекарственных средств следует выделить препарат Но-шпа® форте, который оказывает выраженное спазмолитическое действие на мышцы сфинктера Одди. Он позволяет достаточно быстро и эффективно купировать болевой синдром у пациентов с билиарными дисфункциями, обеспечивает адекватное опорожнение внутри- и внепеченочных желчных протоков, своевременное и беспрепятственное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. Препарат Но-шпа® форте назначают внутрь взрослым по 80 мг 2-3 раза в сутки.

В исследованиях была продемонстрирована эффективность дротаверина в предотвращении болевого приступа и повышения активности ферментов в сыворотке крови при проведении провокационных тестов у пациентов, страдающих дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди.

При дисфункциональных расстройствах билиарного тракта по гипотоническому типу одновременно с соответствующим диетическим режимом назначают тонизирующие препараты: экстракт алоэ, настойку женьшеня или раствор пантокринина. Из желчегонных препаратов рекомендуют холекинетики в сочетании с холеретиками. Холекинетики ликвидируют застой желчи в желчном пузыре и усиливают процесс его опорожнения. Раздражая слизистую оболочку двенадцатиперстной и верхнего отдела тонкой кишки, холекинетики способствуют выделению холецистокинина, который, поступая в кровь, вызывает сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктера Одди, в результате чего происходит выделение желчи в двенадцатиперстную кишку.

К веществам холекинетического действия относятся магния сульфат, сорбит, ксилит, сырой яичный желток, свекольный сок, растительные масла. Также проводят слепые зондирования (тюбажи) не реже двух раз в неделю.

При желчнокаменной болезни пациента необходимо госпитализировать в хирургическое отделение для того, чтобы определить дальнейшую тактику лечения. При отсутствии симптомов перитонита и обтурации желчевыводящих путей проводят мероприятия, направленные на купирование боли и ликвидацию воспалительных изменений в желчном пузыре и желчных протоках. С этой целью внутримышечно вводят спазмолитические (Но-шпа®) и анальгетические препараты, проводят антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.

Острый холецистит также требует госпитализации в хирургическое отделение, где пациенту проводится стандартное консервативное лечение с применением спазмолитиков, анальгетиков, антибактериальной терапии. При неэффективности данного лечения проводится хирургическое вмешательство.

При дисфункции сфинктера Одди, который проявляется билиарной болью, рекомендуется назначение миотропного спазмолитика (Но-шпа®) в сочетании с анальгетиком (по мере необходимости). При интенсивной боли с целью ее купирования показано пероральное применение препарата Но-шпа® по 40 мг 2-3 раза в сутки, при частых эпизодах боли следует назначать препарат Но-шпа® форте 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.

Фармацевтической компанией «Санофи-авентис» была разработана современная упаковка препарата Но-шпа®, которая позволяет обеспечить пациентам еще большее удобство приема этого популярного лекарственного средства. Благодаря системе «пуш-топ», которая обеспечивает высвобождение одной таблетки при легком нажатии на крышечку, препарат Но-шпа® можно принимать в любой обстановке, не отвлекаясь от дел.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**



* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОГО ТРАКТУ

* ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (ДИСМЕНОРЕЯ)



швидко та надійно усуває першопричину болю* в животі — спазм

НО-ШПА® Є — СПАЗМУ НЕМАЄ

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 08.10.07.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб. ТОВ «Санофі-Авентіс Україна».
Київ, 01033, вул. Жиланська, 48-50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

sanofi aventis
Здоров'я — це важливо

UA.DRT.10.02.01