



Боль в правом подреберье: актуальные вопросы диагностики и лечения

Д.И. Трухан

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет Минздрава России

В современной клинической практике проблема правильной диагностической трактовки боли в животе становится одной из наиболее сложных и актуальных. Это обусловлено многообразием заболеваний разных органов и систем, при которых боль в животе – ведущий клинический симптом, и возможным атипичным течением этих болезней, что в итоге может приводить к диагностическим ошибкам.

Синдром правого подреберья

Врачу первого контакта (терапевту и врачу общей практики) часто приходится сталкиваться с синдромом правого подреберья (СПП). Пациенты при этом предъявляют жалобы на боли, чувство распирания и тяжести в правом подреберье.

ВАЖНО! При проведении дифференциальной диагностики [1, 2] необходимо оценивать всю полноту и сложность клинической симптоматики и помнить, что для многих состояний и заболеваний характерна определенная схема возникновения и развития болей, которая нередко является патогномоничной. Именно поэтому при наличии у пациента болей в животе необходимо проанализировать их, учитывая следующие характеристики боли: начало, развитие, миграцию, характер, интенсивность, локализацию и иррадиацию, продолжительность, причины усиления и облегчения болей.

Боль в правом подреберье встречается в клинической картине не только при гастроэнтерологических заболеваниях, но и патологии сердца (стенокардия и инфаркт миокарда, перикардит), легких и грудной клетки (правосторонняя нижнедолевая пневмония, переломы правых нижних ребер, тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт легкого), почек (пиелонефрит – болезненность в реберно-позвоночном углу, почечная колика) и может быть обусловлена другими причинами (поддиафрагмальный абсцесс, опоясывающий лишай) [1, 2].

При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать ряд заболеваний и состояний, при которых в клинической картине присутствует СПП, но они в силу ряда причин диагностируются реже, чем встречаются.

Рассматривая наличие у пациента возможной сосудистой патологии, следует отметить хроническую ишемическую болезнь органов пищеварения (ХИБОП) в связи с часто встречающимся синдромом абдоминальной боли, который нельзя связать с соматическими заболеваниями органов пищеварения [5]. При холецистоподобном варианте ХИБОП 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 похудением. Основная роль в верификации диагноза принадлежит методам, позволяющим непосредственно обнаружить окклюзионно-стенотические изменения в висцеральных артериях, – ультразвуковой доплерографии и рентгеноконтрастной аортоартериографии. Как правило, обнаруживается поражение двух или трех висцеральных артерий [5, 6].

Синдром Бадда–Киари

Боль в животе с преимущественной локализацией в правом подреберье отмечается у 80% лиц с синдромом Бадда–Киари. К другим симптомам относятся: быстропрогрессирующий асцит (обнаруживается более чем у 90% пациентов), гепатоспленомегалия (встречается часто), желтуха (выражена умеренно и может отсутствовать), печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (диагностируется реже – в 10–20% случаев) [3, 4]. Прием лекарственных препаратов может быть причиной развития синдрома Бадда–Киари (тромбоз печеночных вен). Данный синдром также может возникнуть при приеме лекарственных препаратов (пероральные контрацептивы и дакарбазин), у пациентов с травмой живота, беременных, при миелопролиферативных синдромах, системной красной волчанке, заболеваниях, сопровождающихся дефицитом факторов свертывания, антитромбина III, протейна С и S; онкологических заболеваниях (опухоли поджелудочной железы, почек и надпочечников; печеночно-клеточный рак). У 25–30% больных не удается диагностировать никаких сопутствующих заболеваний (в таком случае синдром Бадда–Киари называют «идиопатическим»). Диагноз у 75% лиц ставится по результатам доплеровского ультразвукового исследования (УЗИ) печеночных вен (гиперэхогенный тромб в просвете сосуда, уменьшение или отсутствие кровотока или гиперэхогенный тяж на месте одной или более главных печеночных вен). «Золотой стандарт» диагностики синдрома Бадда–Киари – катетеризация печеночной вены и ангиография [3, 4].

Амебиаз

Амебиаз – антропонозный кишечный протозооз, характеризующийся язвенным поражением толстой кишки, склонностью к затяжному и хроническому течению и возможностью образования абсцессов в разных органах [8]. 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 периферической крови – умеренно выраженный лейкоцитоз [3, 8].



Инфекционные и паразитарные болезни

Туберкулезное поражение печени можно заподозрить в том случае, если у пациента с легочным туберкулезом отмечается боль в правом подреберье и обнаруживается увеличение печени [7]. Туберкулезные микобактерии проникают в печень гематогенным или лимфогенным путем, возможно также распространение процесса по желчным ходам. 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 УЗИ органов брюшной полости, лапароскопией, пункционной биопсией печени и сканированием.

Перигепатит

У 75% пациентов с перигепатитом (синдром Фитц-Хью–Куртиса) выделяют *Chlamydia trachomatis* или обнаруживают антитела к ней. Перигепатит можно заподозрить у молодой женщины с признаками воспалительных заболеваний матки и придатков при появлении в клинической картине боли в правом подреберье, при резких движениях и глубоком вдохе, при этом симптомы сальпингита могут быть слабовыраженными. При пальпации обнаруживают болезненность в правом подреберье, которая обычно сочетается с болезненностью придатков и цервицитом (даже в отсутствие явных признаков сальпингита). Воспаление обычно ограничено глассоновой капсулой и не затрагивает паренхиму печени, поэтому функциональные пробы печени почти всегда нормальные.

При лапароскопии отмечаются признаки воспаления – от отека и гиперемии глассоновой капсулы до появления фибринозного экссудата с нежными спайками между висцеральной и париетальной брюшиной, а из экссудата, покрывающего глассонову капсулу, выделяют *C. trachomatis* [9]. При запоздалой диагностике и лечении в поздние сроки при лапароскопии обнаруживают плотные спайки в виде струн между глассоновой 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 [9, 10].

Физические нагрузки

У соматически здоровых лиц также возможно появление СПП, 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 [20] рассматривается как проявление печеночного болевого синдрома (ПБС).

Основным этиологическим фактором развития ПБС при отсутствии патологических изменений со стороны печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей становится чрезмерная физическая нагрузка в сочетании с нарушениями тренировочного режима. Частота ПБС растет с увеличением спортивного стажа и повышением спортивного мастерства и может достигать 9,5%.

Часто болевые ощущения возникают во время нагрузок на выносливость, а именно: при беге на длинные и средние дистанции, лыжных гонках, велогонках и т.д. Боли в правом подреберье в этих ситуациях, как правило, не имеют предвестников и носят острый характер. 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.

ПБС может встречаться не только у профессиональных спортсменов, но и лиц, занимающихся оздоровительным бегом [15]. Недостаточное участие диафрагмы в акте дыхания при интенсивных физических нагрузках способствует застою крови в

Описторхоз

Описторхоз – природно-очаговый антропозооноз, вызываемый трематодой *Opisthorchis felinus* (сибирской или кошачьей 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 разными вариантами их проявлений [4, 11].

Описторхоз из эндемической региональной патологии вследствие активной миграции населения в современной России становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе страны [12, 13]. Наиболее крупный эндемический очаг описторхоза – Обь-Иртышский бассейн (в настоящее время охватывает более 10 краев и областей России и Казахстана), а мировой центр этой инвазии – Тобольск. В 2011 г. случаи заболевания описторхозом зарегистрированы в 63 субъектах Российской Федерации, в 26 субъектах сложились условия для формирования очагов и зарегистрированы местные случаи описторхоза [14]. В других регионах заражение происходит при употреблении недостаточно термически обработанной рыбы, выловленной на эндемичных территориях, или регистрируются завозные случаи.

Диагностический стандарт описторхоза включает наличие:

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

печени и приводит к появлению боли в правом подреберье. Тренировки непосредственно после обильного приема пищи, особенно жирной, также могут быть причиной боли в области правого подреберья.

Патология гепатобилиарной системы

СПП чаще всего обусловлен наличием у больного 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 становятся расстройства сократительной функции желчного пузыря, желчных протоков, сфинктеров или их тонуса, а также нарушение синхронности в работе желчного пузыря и сфинктерного аппарата [11, 16, 17].

Патология билиарного тракта обнаруживается у лиц любого возраста, причем у женщин при разных нозологических формах в 3–10 раз чаще, чем у мужчин. Заболевания билиарного тракта часто впервые дебютируют у женщин во время беременности в результате гормонально обусловленного и механического холе-



стаза, замедления моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей во вторую половину беременности, повышения литогенности желчи, запоров беременных. К числу факторов, способствующих более частому развитию билиарной патологии у пациенток, можно отнести: 1) влияние женских половых гормонов и гормональной дисфункции на пузырный и другие желчевыводящие протоки (подтверждение этой связи – появление клинических симптомов билиарной дисфункции непосредственно перед менструальным циклом и во время него); 2) прием эстрогензаместительной терапии и пероральных контрацептивов; 3) характерный для женщин «грудной» тип дыхания, при котором движения диафрагмы ограничены, что также может способствовать застою желчи по сравнению с «брюшным» типом дыхания у мужчин; 4) более частое применение низкокалорийных диет и голодания с целью похудения, что увеличивает литогенность желчи; 5) меньшее по сравнению с мужчинами употребление жидкости; 6) большая распространенность психосоматических реакций в ответ на стресс и эмоциональные факторы среди женской половины населения [18, 19].

У женщин СПП может быть одним из проявлений предменструального синдрома (ПМС). Клиническая сущность ПМС заключается в появлении во второй половине менструального цикла разнообразных расстройств нервно-психического, вегетативно-сосудистого и обменно-эндокринного характера. ПМС часто «симулирует» заболевания внутренних органов и существенно ухудшает течение экстрагенитальной патологии. Для СПП, связанного с ПМС, характерны появление или усиление болей в правом подреберье, отсутствие эффекта от приема желчегонных и обезболивающих средств, горечь во рту и тошнота, что обусловлено развивающейся под влиянием избытка эстрогенов дисфункцией и отеком желчевыводящих протоков и желчного пузыря [1, 18].

Скрининг

При патологии билиарного тракта к скрининговым диагностическим тестам относятся: клиническая картина, 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, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, амилазы и липазы крови во время или не позднее 6 ч после окончания болевого приступа; УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия.

Гепатомегалия

Реже причиной боли в правом подреберье становится 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 часто уступает другим симптомам данных заболеваний (желтухе, асциту, проявлениям печеночной энцефалопатии). Боль обычно локализуется в правом верхнелатеральном участке живота ближе к мышечным линиям. Диагноз устанавливается на основании других признаков поражения печени (желтуха, гепато- и спленомегалия, «печеночные знаки», асцит и др.), характерных данных лабораторных исследований (повышенная активность трансаминаз, изменения иммунных проб, положительные вирусные маркеры), данных УЗИ органов брюшной полости, рентгенологического и эндоскопического исследований желудка (варикозно расширенные вены пищевода), результатов пункционной биопсии печени [3, 4].

Лекарственное поражение печени

При медикаментозном поражении печени СПП чаще характеризуется тупой болью в правом подреберье, часто нерезко выраженной, и умеренной гепатомегалией (не более 2–3 см), наблюдающейся у 2/3 больных. Из сопутствующих симптомов можно отметить желтуху, кожный зуд, диспептические расстройства, адинамию, обесцвеченный кал. У 90% пациентов отмечается умеренное повышение активности аминотрансфераз (в 2,5–3 раза), преимущественно аланинаминотрансферазы.

В настоящее время известно более 1 тыс. лекарственных средств, обладающих гепатотоксическим действием [3, 20–22]. 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.

Боль в правом подреберье может отмечаться в клинической картине и при патологии других органов пищеварительной системы: желудка (обострение язвенной болезни желудка, острый гастрит, острое расширение желудка, прободная язва желудка), двенадцатиперстной кишки (обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, прободная язва двенадцатиперстной кишки, дуоденит), поджелудочной железы (острый панкреатит, сопровождающийся болью и в правом, и в левом подреберье; обострение хронического панкреатита, рак головки поджелудочной железы), кишечника (ретроцекальный аппендицит) [23–28].

Фармакотерапия

Рассматривать фармакотерапевтические аспекты курации пациентов с СПП целесообразно в рамках одного из основных постулатов дифференциальной диагностики Роберта Хэглина «частые болезни встречаются часто, а редкие – редко» [29, 30].

Билиарная патология занимает одно из центральных мест в современной гастроэнтерологии. Это обусловлено широким распространением как функциональных, так и органических заболеваний желчного пузыря и желчных путей. В современной терапии заболеваний билиарного тракта важнейшим направлением становится коррекция моторно-тонических дисфункций желчевыводящей системы и вызываемых ими абдоминальных болей [31–35] и нормализация физико-химических свойств желчи [36–40].

Основные препараты для купирования болевого синдрома и снятия спазма любого генеза – миотропные спазмолитики [31–34]. В качестве препарата для нормализации физико-химических свойств желчи в соответствии с результатами многочисленных исследований [36–50] обращает на себя внимание комбинированный фитопрепарат с желчегонным и гепатопротективным действием Гепабене, представляющий собой сочетание натуральных активных растительных компонентов: экстракта плодов расторопши пятнистой и экстракта дымянки аптечной.

Основное действующее вещество **дымянки аптечной** (алкалоид фумарин) обладает холеретическим, холекинетическим и спазмолитическим действием, уменьшает литогенные свойства желчи, нормализует количество секретируемой желчи, уменьшает метеоризм, нормализует тонус толстой кишки. Наличие у фумарина одновременно холекинетического и спазмолитического действия обуславливает холецистокинин-подобный эффект: сокращение желчного пузыря при расслаблении сфинктера Одди [36, 39].

Желчегонный эффект дымянки аптечной реализуется за счет производного фурамовой кислоты алкалоида протопина, который эффективно восстанавливает дренажную функцию билиарной системы и улучшает реологические свойства желчи.



Дымянка
аптечная



Расторопша
пятнистая

Таким образом, холеретическое, холекинетическое, спазмолитическое, нормализующее физико-химические свойства и объем желчи воздействия фумарина, входящего в состав Гепабене, обуславливают эффективность препарата в терапии СПП у пациентов с функциональной и органической патологией билиарного тракта: дисфункциями желчного пузыря и сфинктера Одди [16, 36, 39, 40, 42–46], при хроническом холецистите [50], ЖКБ [47, 48], постхолецистэктомическом синдроме [49].

ЖКБ – многофакторное и многостадийное заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием камней в желчном пузыре и/или желчных протоках [11, 16]. ЖКБ занимает 3-е место в структуре заболеваемости после болезней сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета. В этой связи следует особо отметить эффективность Гепабене у пациентов при физико-химической стадии ЖКБ [16, 47, 48].

Второй компонент препарата Гепабене – экстракт **расторопши пятнистой**, основное действующее вещество которого – силимарин, обладающий следующими эффектами: мембраностабилизирующий, антиоксидантный, противовоспалительный, антифибротический, дезинтоксикационный, метаболический (стимулирует регенерацию и синтез белка), уменьшение содержания нейтрального жира в печени и выраженности жировой дистрофии печени, снижение содержания холестерина в крови.

Перечисленные эффекты обуславливают гепатопротекторное действие силимарина, что обосновывает его эффективность при разных хронических заболеваниях печени [36–38, 41, 51–59], в частности, в комплексной терапии хронического гепатита [51, 52, 55, 59], алкогольной болезни печени и неалкогольной жировой болезни печени [36, 53, 54, 56–58], а также лекарственных поражений печени [60, 61].

Необходимо отметить наряду с эффективностью и безопасностью препарата Гепабене у пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом [53, 54], пожилых больных в гериатрической практике [16, 41, 49, 55].

Схема применения

Внутрь, во время еды по 1 капсуле 3 раза в день. Доза препарата может быть увеличена до 6 капсул в день (по 2 капсулы 3 раза в день). При ночных болях целесообразно принимать дополнительно 1 капсулу перед сном.

Заключение

В заключение необходимо отметить, что перечисленные нозологические формы не являются полным перечнем заболеваний и состояний, в клинической картине которых присутствует боль в правом подреберье, но все же составляют большую часть патологии, которую необходимо рассматривать при проведении дифференциальной диагностики. Препарат Гепабене является важным компонентом в терапии СПП.

Литература

- Трухан Д.И., Викторова И.А. Боль в правом подреберье: вопросы дифференциальной диагностики. *Справ. поликлин. врача.* 2012; 1: 33–7.
- Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Боль в правом подреберье: диагностическая тактика врача общей практики. *Справ. врача общей практики.* 2013; 5: 22–8.
- Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: М-Вест, 2002.
- Трухан Д.И., Викторова И.А., Сафонов А.Д. Болезни печени. СПб.: Фолиант, 2010.
- Звенигородская Л.А., Самсонова Н.Г. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клиническая картина, диагностика, лечение. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.).* 2008; 2: 59–62.
- Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов. Новокузнецк: Полиграфист, 2015.
- Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. Под ред. Ю.Н.Левашева, Ю.М.Репина. СПб.: ЭЛ-БИ-СПб, 2008.
- Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Ю.В.Лобзина. СПб.: Фолиант, 2003.
- Глазкова Л.К., Акилов О.Е. Синдром Фитц-Хью–Куртиса: венерический перигепатит. Заболевание, передаваемое половым путем. 1998; 4: 32–9.
- Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. Новокузнецк: Полиграфист, 2013.
- Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. СПб.: СпецЛит, 2011.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Проблема не эндемическая, а общероссийская. *Мед. вестн.* 2013; 11: 17.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Гельминтозы: актуальные вопросы. *Consilium Medicum.* 2013; 12: 52–6.
- Эпидемиологическая ситуация по описторхозу в РФ и г. Москве. Профилактика описторхоза. <http://77.rosotrebndadzor.ru/index.php/san-epid/40-2009-08-20-06-08-14/972-profilaktika>
- Спортивная медицина. Национальное руководство. Под ред. С.П.Миронова, Б.А.Поляева, Г.А.Макаровой М ГЭОТАР-Медиа, 2012
- Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2011.
- Тарасова Л.В., Диомидова В.Н., Трухан Д.И. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний билиарного тракта. Чебоксары-Омск: Издательство Чувашского университета, 2014.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения, коррекции и профилактики. *Consilium Medicum.* 2013; 6: 51–4.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Заболевания билиарного тракта у женщин. *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* 2014; 5: 85.
- Трухан Д.И. Неалкогольная жировая болезнь печени в практике врача первого контакта. *Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* 2012; 1: 3–9.
- Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний печени и поджелудочной железы. Новокузнецк: Полиграфист, 2013.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Лекарственная безопасность и рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологической практике. *Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* 2013; 5: 9–16.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение хронического дуоденита. *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* 2012; 11: 104–14.
- Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Болезни кишечника. Клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит, 2013.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Коррекция нарушений пищеварения при хроническом билиарном панкреатите. *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* 2013; 4: 74–80.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Боль в области желудка: вопросы дифференциальной диагностики. *Справ. поликлин. врача.* 2013; 2: 7–10.
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит, 2014.
- Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Острый живот в практике врача-терапевта. *Справ. поликлин. врача.* 2014; 2: 51–5.
- Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер с нем. М.: Триада-Х, 1997.
- Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
- Агафонова Н.А. Билиарная боль: причины и механизмы развития, возможности медикаментозной коррекции. *Consilium Medicum.* 2010; 8. http://consilium-med.ru/magazines/consilium_medicum/consilium_medicum-08-2010/
- Волвач Л.В. Место спазмолитиков в терапии заболеваний билиарной системы. *Поликлиника.* 2010; 3: 103–5.
- Елизаветина Г.А., Минущин О.Н. Рациональный подход к выбору спазмолитиков для купирования аб-



- доминантной боли. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2011; 8: 57–60.
34. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г. Болевой абдоминальный синдром и место спазмолитиков в его коррекции. *Фарматека*. 2012; 11: 24–30.
35. Трухан Д.И. Рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологии. *Справ. поликлин. врача*. 2012; 10: 18–24.
36. Маев И.В., Саечникова Е.Д. Заболевания желчевыводящих путей и печени: лечение препаратом Гепабене. *Фарматека*. 2004; 5: 28–31
37. Ерофеева С.Б. Взгляд клинического фармаколога на ведение пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы. *Фарматека*. 2009; 6: 30–4.
38. Булгаков С.А. Препарат Гепабене в терапии заболеваний гепатобилиарной системы. *Фарматека*. 2009; 13: 34–7.
39. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Роль желчегонных препаратов в современных алгоритмах ведения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта. *Справ. поликлин. врача*. 2012; 10: 55–8.
40. Гаврилина Н.С., Ильченко Л.Ю. Билиарная патология и Гепабене. *Справ. поликлин. врача*. 2012; 7: 16–9.
41. Ильченко Л.Ю. Гепабене в лечении гепатобилиарной системы у пожилых. *Болезни органов пищеварения*. 2003; 1: 24–7.
42. Зайцева О.В., Бушуев С.Л., Федотов Г.Н. и др. Эффективность применения препарата Гепабене у детей с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта. *Педиатрия*. 2003; 5: 72–5.
43. Урсова Н.И. Диагностический алгоритм и рациональная терапия функциональных нарушений билиарной системы у детей. *РМЖ*. 2004; 3: 152–5.
44. Петухов В.А., Выдрич Л.А. Результаты лечения внепеченочных билиарных дисфункций при липидном дистресс-синдроме. *РМЖ*. 2004; 5: 238–43.
45. Хавкин А.И., Волынец Г.В. Дисфункции билиарного тракта у детей. Опыт применения Гепабене в комплексном лечении билиарных дисфункций у детей. *РМЖ*. 2004; 16: 967–71.
46. Волевач Л.В. Опыт применения препарата Гепабене при заболеваниях желчевыводящей системы у лиц молодого возраста. *Гепатология*. 2005; 1: 42–6.
47. Волевач Л.В. Новые подходы к профилактике холелитиаза у лиц молодого возраста. *Вестн. Российской академии медицинских наук*. 2005; 11: 24–7.
48. Ильченко А.А. Диагностика билиарного сладжа в практике врача-терапевта поликлиники. *Справ. поликлин. врача*. 2009; 10: 59–63.
49. Бурков С.Г. Ведение пациентов, перенесших операцию холецистэктомии, в поликлинической практике. *Справ. поликлин. врача*. 2009; 9: 48–52.
50. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Гуртовенко И.Ю. Применение препарата Гепабене в терапии хронического бескаменного холецистита. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2012; 8: 36–40.
51. Винницкая Е.В. Применение Гепабене в лечении хронических гепатитов. *Фарматека*. 2004; 19: 91–4.
52. Маев И.В., Самсонов А.А., Никушкина И.Н. Хронический гепатит и современные методы его лечения. *Фарматека*. 2005; 7: 15–22.
53. Бурков С.Г., Арутюнов А.Г., Аронова О.В. и др. Гепабене в лечении стеатоза печени у пациентов, страдающих инсулиннезависимым сахарным диабетом. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2005; 1: 31–4.
54. Маев И.В., Дичева Д.Т. Направленная терапия патологии гепатобилиарной системы у больных с метаболическим синдромом. *Справ. поликлин. врача*. 2008; 13: 32–5.
55. Каткова О.Ю. Особенности клинических проявлений и лечение заболеваний печени в пожилом возрасте. *Лечащий врач*. 2008; 2: 33–5.
56. Бурков С.Г., Гурова Н.Ю., Егорова Н.В. и др. Эффективность препарата Гепабене в лечении жировой болезни печени. *Фарматека*. 2010; 15: 87–92.
57. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Бабина С.М. Опыт использования Гепабене в лечении неалкогольного стеатогепатита. *Фарматека*. 2010; 12: 76–81.
58. Гаврилина Н.С. Место Гепабене в лечении алкогольной болезни печени. *Справ. поликлин. врача*. 2012; 8: 6–12.
59. Осканова Р.С., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г. Хронические заболевания печени: опыт применения препарата Гепабене. *Справ. поликлин. врача*. 2012; 5: 18–22.
60. Хомерики Н.М., Хомерики С.Г. Возможность применения комбинированного гепатопротектора Гепабене при антихеликобактерной терапии. *Фарматека*. 2006; 12: 30–5.
61. Хомерики Н.М., Хомерики С.Г. Некоторые механизмы развития побочных эффектов антихеликобактерной терапии и пути их коррекции. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2005; 2: 22–5.