

## БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ И ДИСПЛАТОЗАВИСИМАЯ ВИСЦЕРО-ПАТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

### BILIARY SWEET AND DISPLATO-DEPENDENT VISCEROPATHY OF THE DIGESTIVE TRACT

*Bogachev I.A., Bleskin R.V., Dzhulay T.E.  
Tver State Medical University*

**Введение.** В последние десятилетия желчнокаменная болезнь (ЖКБ) вошла в число самых распространенных заболеваний системы пищеварения. Ежегодно в мире выявляют до 1 млн больных холелитиазом. Чаще болеют люди среднего и пожилого возраста. [1]. В зрелом возрасте у мужчин ЖКБ встречается в 3 раза реже, чем у женщин.

Предпосылкой к образованию камней может быть застой желчи, так как при этом содержание холестерина и билирубина в желчи повышается в 10-20 раз [2]. К застою приводят дисфункция желчевыводящих путей, анатомические изменения в желчевыводящей системе (перетяжки, рубцы, спайки), врожденные аномалии желчного пузыря.

Начальной стадией ЖКБ является билиарный сладж (БС). Термин стал использоваться с 70-х годов XX века и происходит от латинского *biliaris* (желчный) и английского *sludge* (грязь, тина, ил, взвесь). [3]

На сегодняшний день выделяют три основных типа БС, каждый из которых имеет четкую сонографическую картину:

1) микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных единичных или множественных смещаемых гиперэхогенных образований после изменения положения тела пациента и не дающих акустической тени;

2) сгустки замазкообразной желчи – эхонеоднородная желчь с наличием сгустков желчи различной плотности, смещаемых и не дающих акустической тени либо в редких случаях сопровождающихся эффектом ее ослабления за сгустком;

3) сочетание замазкообразной желчи с микролитами, в этом случае микролиты одновременно могут быть в составе сгустка замазкообразной желчи и в полости желчного пузыря [4].

Несмотря на то, что БС признается начальным этапом формирования желчных камней, они, по разным оценкам, за 1-3-летний период образуются только у 5-20% пациентов. При исчезновении причин, способствующих образованию БС, он может исчезать спонтанно.

УЗ-диагностика у лиц, не имеющих жалоб со стороны пищеварительного тракта, выявляет БС в 1,7-4% случаев проведенных исследований [5]. Среди пациентов с картиной билиарной диспепсии частота встречаемости БС, по данным УЗИ органов брюшной полости, значительно возрастает, достигая 24,4-55% , причем БС у женщин выявляется в 5 раз чаще, чем у мужчин. [6]

Учитывая успехи литолитической терапии при лечении пациентов с БС, его выявлению должно быть уделено особое внимание с позиций профилактики литогенеза. Одним из важных аспектов проблемы ЖКБ и БС, как ее начального проявления, является выявление структурных и функциональных предикторов заболевания. В настоящее время накоплено достаточно информации о связи ЖКБ с предшествующими аномалиями формы желчного пузыря, являющимися проявлением недифференцированных соединительнотканых дисплазий (СТД).

**Целью** исследования была оценка роли СТД в формировании БС.

**Материал и методы.** Анализ массива амбулаторных карт пациентов, обратившихся в поликлиническое медицинское учреждение за консультацией гастроэнтеролога в течение календарного года, выявил 98 пациентов с БС в возрасте от 19 до 77 лет (средний возраст пациентов составил 44 года). В их числе 70 (71,4%) женщин, 28 (28,6%) мужчин. Наличие БС было верифицировано проведением визуализирующих методов диагностики (УЗИ, КТ или МРТ брюшной полости), детализацией жалоб и анамнестических сведений пациентов.

В соответствии с классификационными признаками у 28 (28,6%) пациентов выявленный БС имел форму замазкообразной желчи, в остальных случаях он оценен как мелкодисперсная взвесь в содержимом желчного пузыря. У абсолютного большинства пациентов (71 человек – 72,4%) БС сопровождался дисфункцией желчевыводящих путей (ДЖВП), почти в половине случаев (44 пациента – 44,9 %) отмечались и сонографические признаки хронического холецистита.

Анализ сопутствующей патологии органов пищеварения показал высокую частоту заболеваний панкреатобилиарной зоны и эпигастральной области, встречающихся в различных сочетаниях.

Так, хронический гастрит имел место более чем у половины пациентов (55 человек – 56,1%), гастродуоденит и бульбит – у 31 (31,5%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 16 пациентов (16,3%), рефлюкс-эзофагит – у 21 (21,4%), причем в 13 случаях (13,3%) при этом выявлялась недостаточность кардии и в 7 (7,1%) – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, панкреатит – у 10 (10,2%).

Что касается патологии кишечника, то у пациентов с БС отмечались такие заболевания и состояния, как дисбактериоз толстого кишечника (у 16 человек – 16,3%), синдром раздраженного кишечника (12 – 12,2%), дивертикулярная болезнь ободочной кишки (5 – 5,1%).

Среди прочих состояний наличие БС сопровождалось жировой болезнью печени, подтвержденной данными УЗИ, у 13 пациентов (13,3%), в 4 случаях (4,1%) имел место лямблиоз, выявленный серологическими тестами.

Висцеральные стигмы STD регистрировались у пациентов с БС с различной частотой. Так, аномалия формы желчного пузыря отмечалась у 15 из них (15,3%), полип/холестероз стенки желчного пузыря – у 11 (11,2%), нефроптоз – у 6 (6,1%), висцероптоз – у 3 (3,1%), спаечная болезнь брюшной полости у 2 (2,04%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 7 (7,14%) пациентов.

Что касается клинической картины, то она была неспецифической и определялась как поражением непосредственно билиарного тракта, так и сопутствующей патологией органов пищеварения. Больные обращались к гастроэнтерологу преимущественно с жалобами на изжогу 25 (25,5%), нарушения стула – диарею (26 случаев – 26,5%) или запоры (21 – 21,4%). Болевые и ощущения и дискомфорт имели разную локализацию: в эпигастрии (25 – 25,5%), правом подреберье (23 – 23,5%), левом подреберье (3 – 3,1%) по ходу толстой кишки (6 – 6,1%). Плохая переносимость жирной пищи отмечена 11 пациентами (11,2%), тошнота и метеоризм – 17 больными (17,3%). Сухость во рту и неприятный запах изо рта отмечали по 1 пациенту (1,0%).

**Заключение.** Билиарный сладж, как правило, является инструментальной находкой при диагностическом визуализирующем исследовании органов брюшной полости при обращении пациентов с неспецифическими абдоминальными болями и диспепсией. Их происхождение определяется совокупностью патологических состояний органов пищеварения на всем протяжении желудочно-кишечного и билиарного тракта. Нередко встречающиеся дисплатозависимые висцеропатии пищеварительного тракта у больных с БС представлены в первую очередь аномалиями формы желчного пузыря, висцеро- и нефроптозом, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточностью кардии.

## **Выводы**

1. Совокупность известных факторов риска формирования ЖКБ (принадлежность к женскому полу, отягощенная наследственность, избыточная масса тела, светлый цвет волос, повторные беременности, использование гормональной заместительной терапии и др.) [7] должна быть дополнена наличием признаков диспластозависимой висцеропатии пищеварительного тракта.
2. В этом случае пациенты и, в первую очередь женщины, должны активно направляться на визуализирующие инструментальные исследования органов брюшной полости для раннего выявления БС и его своевременной и адекватной литолитической терапии как метода профилактики камнеобразования.

#### **Литература:**

1. Абгаджва Э. З., Тельных Ю. В. Патогенетическая терапия и исходы сладжа желчного пузыря // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология | выпуск 128.- № 4, 2016.- С.67-71.
2. Стяжкина С.Н., Русских Ю.С., Газимзянова Р.Ф. Факторы, влияющие на образование и состав желчных камней //Электронный журнал «Столица Науки» №3(20), 2020. – С.33-39.
3. Гирса В.Н, Немцов Л.М. Билиарный сладж: клиническое значение и диагностика // Вестник ВГМУ. – Т.12, №4, 2013.- С. 19- 26.
4. Современные подходы к терапии пациентов с билиарным сладжем: как подобрать оптимальную схему? / Яковенко Э.П. [и др.] // Медицинский алфавит №6,2019, том №1. Практическая гастроэнтерология. – С.5-12.
5. Дударь Л.В., Назарко Н.Н. Физическая активность лиц молодого возраста с дисфункцией желчного пузыря и наличием билиарного сладжа // Крымский терапевтический журнал.- №3, 2015. – С. 49-52.
6. Агафонова Н.А. Билиарный сладж тактика ведения и лечения // Медицинский совет.- № 9, 2012. - С. 28-33.
7. Топчий Н.В., Топорков А.С. Холелитиаз и билиарный сладж: современные методы диагностики и лечения // Эффективная гастроэнтерология.- №3, 2011. – С.36-44.