

3. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // The British J. of Psychiatry. – 1998. – V. 172. – P. 291-293.

4. The WHOOL group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment // Psychol. Med. – 1998. – V. 3. – P. 551-558.

5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд И. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 139 с.

6. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V. 128. – P. 1069-72.

ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА И ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

© Сексенбаев Б.Д.*, Баймухамбетов Ж.Ж.♦, Юсупов Б.Х.♥

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
Республика Казахстан, г. Шымкент

Изучена диагностическая значимость ультразвукового исследования при билиарном сладже. Также работа показывает результаты консервативного лечения ранних форм желчнокаменной болезни на базе Областной Клинической Больницы.

В последние годы наблюдается неуклонный рост частоты желчнокаменной болезни, причем наиболее часто встречаются осложненные формы. Несмотря на многочисленную литературу посвященную этой проблеме диагностика и лечение ранних форм желчнокаменной болезни является одной из актуальных проблем гепатологии [1,2].

По классификации желчнокаменной болезни, III съезда Научного общества гастроэнтерологов России, 2002 года, билиарный сладж отнесен к начальной (первой) стадии желчнокаменной болезни.

Согласно литературным данным, в 24-55 % случаев, билиарный сладж определяется у лиц имеющие жалобы, характерные для диспепсии билиарного типа [3]:

Перенасыщение желчи холестерином приводит к развитию билиарного сладжа, в результате чего желчь приобретает литогенные свойства. Факторы, способствующие формированию билиарного сладжа способствуют те же факторы, что и при холецистолитиазе: снижение сократительной спо-

* Доктор медицинских наук, профессор.

♦ Доктор медицинских наук, профессор.

♥ Магистрант.

способности желчного пузыря, перенасыщение желчи холестерином а также нарушение динамического равновесия между активностью ряда белков.

Хорошая сократительная функция желчного пузыря способствует выбрасыванию всех агломерировавшихся частиц в двенадцатиперстную кишку. Билиарная дисфункция проявляющаяся в виде гипотонии желчного пузыря и гипертонуса сфинктера Одди способствует холелитиазу. Снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, при сохранении его концентрационной функции способствует формированию билиарного сладжа, как следствие и желчных камней, вследствие того что желчный пузырь обладает большой концентрационной функцией. Данные о том что от 8 до 20 % у больных с билиарным сладжем образуются желчные камни, говорит о том, что билиарный сладж является начальной стадией желчнокаменной болезни.

При амбулаторном обследовании в поликлинике Областной клинической больницы за 2011-2012 гг., нами осмотрено 86 больных, среди которых явления билиарного сладжа было обнаружено у 37,2 %. Ультразвуковая картина была разделена нами на 3 варианта: микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, множественных или единичных, смещаемых, гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, которые выявляются после изменения положения тела пациента; эконеоднородная желчь с наличием различной плотности сгустков, смещаемых, не дающих акустической тени; сочетание замазкообразной желчи с микролитами. При этом микролиты могут быть одновременно как в в полости желчного пузыря так и в составе сгустка замазкообразной желчи.

При помощи УЗИ изучалось состояние стенки желчного пузыря – наличие воспаления или холестероза, что говорит о формировании билиарного сладжа. При биохимическом исследовании желчи выявлялось снижение холатохолестеринового коэффициента и повышение индекса насыщения холестерином.

Частыми клиническими признаками билиарного сладжа были симптомы билиарной диспепсии, прежде всего это горечь во рту, а также боли в правом подреберье [3].

Литературные данные [3-5], а также наши исследования подтверждают, что при отсутствии лечения билиарный сладж приводит к дисфункции сфинктера Одди, острому холециститу, билиарному панкреатиту и холангиту.

Поэтому мы, на сегодняшнее время актуальным является своевременное устранение причин, способствующих формированию билиарного сладжа и развитию осложнений.

В настоящее время для лечения билиарного сладжа активно применяют препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсосан), которые оказывают тормозящее действие на синтез холестерина, а также улучшают реологические свойства желчи. Также, Урсосан тормозит всасывание холестерина в кишечнике, образует жидкие, растворимые кристаллы с холестерином.

Данные В.А. Неронова с соавторами [5], проведя 3-х месячное лечение урсодезоксиголевой кислотой, показали достоверное улучшение всех изученных параметров, таких как: снижение вязкости печеночной и пузырной желчи, устранение гипертонуса сфинктера Одди, повышение холато- и фосфолипидно- холестерина коэффициентов, ликвидацию сладж – синдрома и микроэлементов во всех порциях желчи с уменьшением ее литогенных свойств.

Поэтому мы назначаем по Урсосанной схеме предусматривающей постепенное повышение дозы до эффективной – 15 мг. на 1кг массы тела, 1 раз в сутки на ночь, через 1 час после ужина. Продолжительность лечения составило 1-8 мес. в зависимости от выраженности клинической картины и данных ультразвукового исследования.

В результате проведенного лечения у 90 % больных отмечалось купирование симптомов билиарной диспепсии, уменьшались или исчезали боли в правом подреберье, а биохимические показатели крови нормализовались. Ультразвуковая картина содержимого желчного пузыря показала, что на фоне лечения урсосаном быстрее исчезают явления билиарного сладжа и восстанавливается эвакуаторная функция желчного пузыря. Побочных эффектов не наблюдалось.

Таким образом, с помощью ультразвукового исследования можно диагностировать желчно-каменную болезнь на начальной (билиарный сладж) стадии, до формирования желчных камней. В случае клинических проявлений билиарного сладжа необходима консервативная терапия препаратом урсосан дает положительный эффект.

Список литературы:

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С., Видар М. Руководство по хирургии желчных путей. – 2009. – 564 с.
2. Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
3. Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа // *Consilium medicum* / приложение / гастроэнтерология. – 2005. – № 2.
4. Буеверов А.О. Возможности клинического применения урсодезоксиголевой кислоты // *Consilium medicum*. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 44-46.
5. Неронов В.А., Максимов В.А., Чернышев А.Л. Внешнесекреторная функция печени у больных вирусными гепатитами, диагностика и подход к лечению // *Доктор.ru*. – 2007. – № 3. – С. 6-10.