

УДК 616.361/366-003.7:614.254.3

С.Є. Шостак, Є.М. Стародуб, В.А. Дударенко, М.І. Вуйцик

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ БІЛІАРНИМ СЛАДЖЕМ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНІ ДАНІ)**

Державний вищий навчальний заклад

“Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України”, м. Тернопіль

**Резюме.** В огляді наведено сучасні дані стосовно епідеміології, класифікації та патогенезу розвитку біліарного сладжу. З огляду на його типи та варіанти представлено найбільш ефективні діагностичні й лікувальні

алгоритми та запропоновано власні схеми ефективної медикаментозної терапії та профілактики.

**Ключові слова:** біліарний сладж, діагностичні та лікувальні схеми, урсолізін, ноофен, адаптол.

Біліарний сладж – від латинського “biliaris” – жовчний і англійського “sludge” – бруд, мул, суспензія – це скупчення кристалів холестерину, пігментних кристалів і солей кальцію, що виникає в жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах. Біліарний сладж (БС) формується в тому випадку, якщо є застій жовчі, або порушується її пасаж по жовчовивідній системі (при дисфункціональних розладах біліарного тракту (ДРБТ), захворюваннях жовчного міхура (холестерозі, холециститі), гепатитах і цирозах різного генезу. Біліарний сладж може також виникати при цукровому діабеті, вагітності, при різкому схудненні, дисліпідеміях, тривалому парентеральному харчуванні, після операцій на шлунку та кишечнику, при використанні деяких медикаментозних засобів, при гемолітичній і серпоподібноклітинній анемії, після пересадки кісткового мозку та нирок, при пошкодженнях спинного мозку тощо [2, 8, 10, 16]. Оскільки в деяких випадках БС – це транзиторне явище, яке може довільно зникати без всякого лікарського втручання, на даний час у гастроентерологічній спільноті немає однозначної думки щодо необхідності боротьби з біліарним сладжем: одні спеціалісти вважають, що за ним треба лише спостерігати й контролювати, інші ж наполягають на тому, що БС – це хороше підґрунтя для подальшого розвитку жовчокам’яної хвороби (ЖКХ) з усіма неприємними наслідками в майбутньому [2, 10]. Крім того, є ряд науковців, які вважають біліарний сладж – першою доклінічною стадією ЖКХ, коли її ще можна вилікувати [4, 9].

**Епідеміологія**

Частота виявлення біліарного сладжу в різних популяціях коливається в широких межах і трапляється в 1,7-4 % населення земної кулі, а серед осіб із патологією органів травлення – у 7-8 %. При захворюваннях органів гепатобіліарної зони БС виявляють у 24,4-55 % [10].

**Класифікація**

За УЗД-типами біліарного сладжу [2, 4, 8]:

- Мікролітіаз – суспензія гіперехогенних часточок у вигляді точкових, одиничних або множинних, зміщуваних утворень, що не дають акустичної тіні, виявляються після зміни положення тіла пацієнта (64-76 %).

- Ехонеоднорідна жовч з наявністю різної щільності згустків, що зміщуються і не дають акустичної тіні, або в окремих випадках – з ефектом послаблення за згустком (10-12 %).

- Поєднання замазкоподібної жовчі з мікролітами. При цьому мікроліти можуть бути одночасно як у складі згустку замазкоподібної жовчі, так і в порожнині жовчного міхура.

За хімічним складом:

- Кристали холестерину в поєднанні з муцином.

- Переважання у складі солей кальцію.

- Переважання білірубінвмісних пігментів.

За УЗД-формами біліарного сладжу:

- Ехо-суспензія (каламуть) – початкові прояви сладжу.

- Біліарні сладж-згустки.

- Особливі форми (мікрохолелітіаз, холестеринові поліпи жовчного міхура, замазкоподібна жовч при «виключеному» жовчному міхурі).

**Причини розвитку біліарного сладжу**

Причини, що призводять до формування різних типів біліарного сладжу, на сьогоднішній день не досить вивчені, але основні патогенетичні моменти ті ж, що і при ЖКХ: перенасичення жовчі холестерином, зниження скоротливої здатності жовчного міхура (СЗЖМ), порушення динамічної рівноваги між пролітогенними та антилітогенними чинниками (синтез збільшеної кількості холестерину білірубінату, карбонату та фосфату кальцію і зменшеної – жовчних кислот). Важливу роль у формуванні БС відіграють і порушення співвідношень білкових фракцій жовчі. Немодифікованими факторами перенасичення жовчі холестерином є: вік, стать, спадковість; модифікованими – надмірна маса тіла, харчові звички, деякі медикаментозні засоби (цефалоспори, октреотид, препарати кальцію та ін.) [14, 15, 18]. Суттєве значення в генезі БС мають також розлади ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот при більшості захворювань тонкої кишки, дисбактеріозі кишечнику, хворобі Крона, глютенівій ентеропатії тощо [4, 11].

При нормальній скоротливій здатності жовчного міхура всі часточки БС виводяться у дванадцятипалу кишку. Але якщо у хворого є біліарна дисфункція у вигляді гіпотонії ЖМ чи/і гіпертонусу сфінктера Одді, то ймовірність виведення

БС із жовчовивідних шляхів є мінімальною. Крім того, жовчний міхур виконує ще й потужну концентраційну функцію, що значно прискорює патологічне формування біліарного сладжу.

#### Клініка

Специфічної клініки при біліарному сладжі немає. Найбільш часті симптоми – це біль у правому підребер'ї та диспепсичні розлади, які скоріше є проявом дисфункціональних розладів біліарного тракту (ДРБТ), ніж самого БС. Як правило, біліарний сладж – це знахідка, виявлена під час ультразвукової сонографії органів черевної порожнини. У той же час, поєднання БС із ДРБТ за біліарним чи панкреатичним типом може суттєво впливати на їх перебіг, погіршуючи якість життя хворих. Напади болю можуть виникати частіше, тривати довше, гірше знімаються спазмолітиками (внаслідок більш агресивного подразнення чи й пошкодження жовчовивідних шляхів і їх сфінктерів).

Існують три основні типи БС, які маніфестують по-різному. Так, другий тип біліарного сладжу частіше має рецидивний перебіг і може супроводжуватися больовим та диспепсичним синдромами. За даними багатьох дослідників, такий тип БС найчастіше призводить до холелітіазу (якщо не приймати ніяких заходів), але добре піддається терапії на початкових стадіях захворювання [2, 8]. Два інші типи БС займають два крайні протилежні полюси: якщо перший тип часто проходить без клінічних проявів і найкраще лікується, то третій – завжди проявляється клінічно, поєднується із ДРБТ за гіпотонічно-гіпокінетичним типом і погано піддається медикаментозній корекції.

При другому і третьому типах БС найбільш характерним є хвилеподібний перебіг, який може проявлятися виникненням болю різної сили та інтенсивності серед повного попереднього благополуччя пацієнта. Провокується погрішностями в дієті, фізичними чи психоемоційними перевантаженнями. Нерідко біль виникає без видимої причини, супроводжується нудотою, метеоризмом, розладами випорожнення, почашенням сечовипускання (нейрогенний сечовий міхур). Іноді виникає незначна транзиторна жовтяниця, яка при третьому типі БС може бути більш вираженою і тривалою.

Дисфункція сфінктера Одді за панкреатичним типом, спровокована подразненням останнього кристалами БС, може бути причиною нападів панкреатиту з відповідною клінічною симптоматикою і потребує вже більш серйозного лікування. У нашій практиці були випадки, коли хворі з третім типом БС зовсім не реагували на консервативну терапію і єдиним ефективним методом лікування стало оперативне втручання.

#### Діагностика

Багаторічний досвід курації хворих із патологією біліарної системи дозволяє стверджувати, що БС частіше діагностується сонографічно, ніж клінічно. Ультразвукове дослідження (УЗД) до-

зволяє виявити зміни в структурі жовчі та відповідно, диференціювати тип БС, детально вивчити стан стінки жовчного міхура, оцінити скоротливу здатність жовчовивідних шляхів за допомогою жовчогінного сніданку, запідозрити захворювання суміжних органів, які можуть відігравати певну роль у формуванні БС. Чутливість трансабдомінального ультразвукового сканування в діагностиці БС – 55-65 %; специфічність – 90 % [10]. Таким чином, першим інструментальним обстеженням, яке повинен провести сімейний лікар хворому із патологією гепатобіліарної зони, – це УЗД. При виявленні БС наступним етапом дослідження повинно стати багатофракційне дуоденальне зондування (БДЗ) з подальшим мікроскопічним та біохімічним дослідженням жовчі. Цей метод є простим у виконанні, не потребує складного обладнання і може використовуватись у повсякденній практиці сімейного лікаря в умовах амбулаторії. При цьому не слід забувати про протипокази до проведення БДЗ: гострий холецистит; активний гепатит чи цироз печінки; загострення виразкової хвороби; звуження стравоходу, викликане пухлиною чи рубцями; варикозне розширення вен стравоходу; інфаркт міокарда; декомпенсовані вади серця; аневризма аорти; неконтрольована артеріальна гіпертензія; бронхіальна астма.

Крім того, ми б хотіли наголосити і на необхідності підготовки хворого до дуоденального зондування. У своїй практиці ми використовуємо методику, яка передбачає призначення спазмолітиків (дротаверин, папаверин) у поєднанні з психотропними засобами (ноофен, адаптол) - протягом двох діб напередодні та зранку, у день обстеження. Проведення такої підготовки дозволяє відкрити всі сфінктери жовчовивідної системи й усунути психологічне напруження, яке відчувають хворі перед таким дослідженням (суттєву перешкоду для виконання БДЗ).

Всі інші обстеження відповідають протоколу діагностики та лікування хворих з ЖКХ, затвердженого МОЗ України: загальний аналіз крові й сечі; біохімічний аналіз крові; ліпідограма; копрограма; езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС); електрокардіографія (ЕКГ).

Для діагностики БС можна використовувати й інші методи дослідження – ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, ендоскопічну ультрасонографію, комп'ютерну томографію, магнітнорезонансну томографію, – але всі вони дорогі і, як правило, використовуються в медичних центрах вторинного і третинного рівня медичного обслуговування [19].

#### Лікування

З часу перших спроб боротьби з БС пройшло вже майже 50 років, проте тактика ведення таких пацієнтів досі залишається предметом дискусій. Ряд дослідників вважають, що хворі, у яких немає скарг та клінічної симптоматики, не потребують медикаментозної терапії. Інші спеціалісти рекомендують проводити консервативну терапію

навіть безсимптомного БС, за умови, що протягом трьох місяців спостереження (за даними УЗД) елімінації БС не відбулось [2, 7, 9]. За результатами наших багаторічних спостережень ми займаємо позицію активних дій. Цьому сприяє і суттєве збільшення за останні роки частоти виявлення хворих на ЖКХ, в яких можна було запобігти формуванню конкрементів, якби БС було діагностовано вчасно, або сімейний лікар був би більш активним.

Сьогодні найбільш ефективними комплексними схемами для лікування біліарного сладжу вважають поєднання селективних спазмолітиків із урсодезоксихолевою кислотою (УДХК). Селективні спазмолітики (дуспаталін, спазмомен) зменшують надмірний тонус сфінктерів гепатобіліарної системи, покращують відтік жовчі з жовчного міхура та печінки, але при цьому зберігають скоротливу здатність жовчного міхура та моторику кишечника, що надзвичайно важливо для виведення згущеної жовчі. УДХК діє більш потужно: зменшує насиченість жовчі холестерином за рахунок пригнічення його синтезу в печінці; підвищує розчинність холестерину, утворюючи з ним рідкі кристали; зменшує літогенний індекс жовчі; сприяє пригніченню абсорбції холестерину в кишечнику; м'яко індукує холерез, що покращує пасаж жовчі та виведення токсичних жовчних кислот через кишечник; сприяє зменшенню швидкості формування фіброзу в печінці тощо. У літературі є велика кількість досліджень і повідомлень про переваги і позитивні впливи УДХК на різні ланки патогенезу різноманітних захворювань органів гепатобіліарної зони [7, 17, 20]. Це ж стосується і препаратів урсодезоксихолевої кислоти, яких на фармацевтичному ринку України є велика кількість. Ми працювали з різними препаратами, але в останнє десятиліття перевагу надаємо препарату Урсолізін, "Сона-фарм", Італія. По-перше, якість і безпека Урсолізіну гарантована Європейським Союзом (GMP сертифікат). Крім того, більшість препаратів УДХК (урсофальк, урсосан, урсохол) для дорослих мають тільки одне дозування – по 250 мг, що не завжди зручно при використанні в повсякденній практиці. Коли ж ми розраховуємо необхідну дозу препарату (10 мг на 1 кг), бувають випадки, що треба препарат або ділити – що недопустимо, або призначати більшу дозу – а це дорого, або меншу – а тоді – неефективно. Препарат Урсолізін є у двох варіантах – по 150 і 300 мг. Це суттєво спрощує роботу сімейного лікаря, як у випадку призначень худорлявим пацієнтам (де використовуємо обидва дозування), або ж навпаки, в огрядних – більша доза УДХК закладена в меншій кількості капсул [3, 17]. Також цікавим фармакоекономічним рішенням є великі упаковки препарату (по 100 капсул), які дозволяють пропонувати пацієнтам більш вигідні, свого роду – оптові ціни (важлива перевага в наших складних матеріально-побутових умовах). Крім того, це деякою мірою гарантує сімейному лікарю, що

пацієнт буде приймати препарат достатній для лікування час, а не зупиниться на половині шляху. Звичайно, ми зустрічаємо опонентів, які наполягають на дешевших схемах лікування БС – при поєднанні селективних спазмолітиків та холеретиків-холекінетиків [1]. Але таке лікування несе ряд вагомих ризиків як для пацієнта, так і для самого сімейного лікаря. Зокрема, при застосуванні жовчогінних засобів суттєво зростає ймовірність подразнення або й пошкодження сфінктера Одді гострими кристалами БС. У подальшому, в кращому разі, це може спровокувати гіпертонус останнього, а за ним – порушення пасажу жовчі, механічну жовтяницю, больовий і диспепсичний синдром. У гіршому випадку, – при приєднанні інфекції, особливо при супутньому синдромі надмірного бактеріального росту, – до папіліту, гострого холециститу, емпієми жовчного міхура, а це вже хірургічна патологія, яка вимагає негайного хірургічного втручання. У випадку роботи сімейного лікаря така спеціалізована медична допомога не завжди є доступною для амбулаторних хворих, яких ще треба доставити в заклади вторинного чи третинного рівнів медичної допомоги. При лікуванні таких пацієнтів препаратами УДХК ризик розвитку вищевказаних ускладнень є мінімальним: урсолізін має лише м'яку холекінетичну дію, але потужну літолітичну та хімікостабілізувальну. Таким чином, жовч стає рідкішою, кристали та згустки – меншими і м'якшими, – ризик пошкодження сфінктера Одді та жовчовивідних шляхів – суттєво нижчим. До речі, у нашій практиці було кілька випадків, коли після лікування сімейними лікарями хворих із БС холеретиками-холекінетиками пацієнти опинялися на хірургічному столі, причому їх жовч не містила ні кристалів, ні мікролітів. Але у всіх них було виявлено густий в'язкий слиз, який закупорював спільну жовчну протоку. Таким хворим було проведено папілосфінктеротомію і призначено урсодезоксихолеву кислоту на 2 роки.

Отже, з вищевказаних міркувань найбільш ефективною є схема терапії, яка включає УДХК та селективні спазмолітики.

#### Власний досвід

За останні 10 років ми апробували ряд схем терапії хворих із БС. Проте найбільш високу ефективність показали комплексні схеми, які включали урсолізін (УДХК), дуспаталін (мебеверин) та адаптол (мебікар) або ноофен (фенібут). Якщо призначення перших двох препаратів є загально-визнаним, то включення адаптолу чи ноофену потребує аргументації. По-перше, попередньо проведені нами дослідження довели, що в більшості (71,9-83,3 %) хворих із ДРБТ спостерігаються вегетативні дисфункції, які призводять до порушень нейрорегуляторних механізмів жовчовиділення [12,13], подібні результати доповідають і інші дослідники [5, 6]. По-друге, психоемоційні перевантаження, стреси, переживання (наше сьогодні) сприяють гіпертонусу сфінктерів жовчовивідної системи. По-третє, обрані

препарати – європейської якості, безпечні та мають ряд переваг, порівняно з іншими психотропними засобами: дозволяють вести звичайний спосіб життя (виконувати напружену розумову роботу, керувати транспортом, працювати на комп'ютері тощо); не викликають міорелаксуючих ефектів; не спричиняють сонливості чи звикання, “синдрому відміни”; не змінюють фармакокінетики і фармакодинаміки при застосуванні з іншими препаратами; можуть призначатися пацієнтам різного віку без корекції доз; а за безпекою – мають великий розрив між терапевтичною і летальною дозами. Такі переваги адаптолу і ноофену видались нам перспективними для включення в комплексні схеми лікування хворих з біліарним сладжем на тлі дисфункціональних розладів біліарного тракту.

Нами обстежено 105 хворих із патологією біліарного тракту. У 15 (14,28 %) діагностовано ЖКХ. У 59 (56,19 %) виявлено БС. 37 (62,71 %) осіб скаржилися на періодичний біль у правій половині живота, 7 (11,86 %) – на біль постійного характеру. 37 (62,71 %) обстежених скаржилися на нудоту, гіркоту в роті; 3 (5,08 %) – на періодичне блювання. Переважна більшість обстежених – 47 (79,66 %) відмічали розлади дефекації: 23 (38,98 %) – схильність до запорів, 9 (15,25 %) – до проносів, 15 (25,42 %) – чергування запорів і проносів.

З лікувальною метою хворим призначали: урсолизин – по 10 мг/кг, після 19<sup>00</sup>, щоденно, на три місяці; дуспаталін – по 200 мг двічі на добу – на два місяці; ноофен – по 250 мг тричі на добу – при астенизації, схильності до депресії, швидкій втомлюваності або адаптол – по 300 мг тричі на добу – при ажитациї, гіперреактивності, схильності до істеричних реакцій – на один місяць.

Дослідження показали, що вже після першої декади лікування в більшості хворих було суттєве покращення самопочуття: напади болю та диспепсичні розлади зникли у 58 (98,31 %) обстежених. Елімінація БС до закінчення курсу лікування наступила у 56 із 59 пацієнтів. Результати динамічного УЗД вказували на покращення скоротливої здатності жовчного міхура і скоординовану діяльність жовчовивідної системи. У трьох хворих, в яких залишився БС, після проведеного курсу терапії, запідозрено третій тип біліарного сладжу, тому лікування урсолизином продовжено ще на три місяці. Побічних дій препаратів не виявлено.

Таким чином, проведені нами дослідження довели високу ефективність комплексних схем терапії, яка включала урсолизин, дуспаталін та диференційовано – ноофен або адаптол у ліквідації явищ дисхолії та біліарного сладжу в більшості (94,91 %) пролікованих нами пацієнтів.

### Профілактика

Усім хворим із БС рекомендовано 1 раз на три місяці проводити загальноклінічні дослідження, що включають УЗД, загальний і біохімічний аналізи крові та сечі. Для вторинної профі-

лактики – хворим із БС другого типу слід призначити УДХК – по 10 мг/кг, після 19<sup>00</sup>, щоденно, на три місяці; дуспаталін – по 200 мг двічі на добу – на два місяці; диференційовано – ноофен – по 250 мг тричі на добу або адаптол – по 300 мг тричі на добу – на один місяць. Хворим із БС першого типу – лише УДХК – на 30 днів, раз на три місяці. Пацієнтам з БС третього типу – постійний прийом УДХК протягом двох років у поєднанні з курсами дуспаталіну та ноофену/адаптолу – по одному місяцю щоквартально.

### Література

1. Біліарний сладж – передstadія жовчнокам'яної хвороби / В.Д. Стефанюк, І.В. Стахів, І.В. Тихоненко [та ін.] // Мед. гідрол. та реабілітація. — 2008. — Т. 6, № 3. — С. 42-44.
2. Билиарный сладж: нерешенные вопросы / С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, Р.Н. Богданов // Леч. врач. — 2007. — № 6. — С. 24-28.
3. Гнатейко О.З. Функціональні розлади біліарного тракту при патології гастродуоденальної зони у дітей / О.З. Гнатейко // Здоровье ребенка. — 2012. — № 1 (36). — режим доступу: [www.mif-ua.com/archive/article/25992](http://www.mif-ua.com/archive/article/25992)
4. Григорьева Н.И. Билиарный сладж / Н.И. Григорьева // РЖГТК. — 2009. — Т. 19, № 3. — С. 32-37.
5. Дзяк Г.В. Современные аспекты диагностики и лечения дискинезий желчевыводящих путей: Методические рекомендации. / Г.В. Дзяк // — Днепропетровск, 2004. — 20 с.
6. Дослідження ефективності денних транквілізаторів при дисфункціональних розладах біліарного тракту / Є.М. Стародуб, С.Є. Шостак, О.В. Бачинський [та ін.] // Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник / Філіпов Ю.О. та ін./ — Дніпропетровськ: Журфонд, 2010. — С. 605-610.
7. Звягинцева Т.Д. Билиарный сладж: состояние проблемы / Т.Д. Звягинцева, И.И. Шаргород // Сучас. гастроентерол. — 2010. — № 4 (54). — С. 101-105.
8. Ильченко А.А. Билиарный сладж: причины формирования, диагностика и лечение / А.А. Ильченко // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. — 2012. — № 2. — С. 18-21.
9. Ильченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни / А.А. Ильченко // Терапевт. архив. — 2004. — № 2. — С. 30-36.
10. Ильченко А.А. Современный взгляд на проблему билиарного сладжа / А.А. Ильченко // РМЖ. Болезни органов пищеварения. — 2010. — № 28. — С. 1707-1713.
11. Ильченко А.А. Клиническое значение билиарного сладжа / А.А. Ильченко, О.В. Делюкина // Consilium medicum. — 2005. — № 7. — С. 134-137.
12. Рапопорт С.И. Двигательная функция желчевыводящих путей: от исследований петербургской школы физиологов XIX – XX веков к современным знаниям / С.И. Рапопорт // РЖГТК. — 2003. — № 4. — С. 69-76.
13. Щербинина М.Б. «Урсолизин» в арсенале украинских врачей / М.Б. Щербинина, Т.В. Фатеева // Сучас. гастроентерол. — 2008. — № 4 (42). — С. 52-56.
14. Effect of short-term octreotide therapy and total parenteral nutrition on the development of biliary sludge and lithiasis / S. Baudet, C. Medina, J. Vilaseca [et al.] // Hepatogastroenterology. — 2002. — Vol. 49, № 45. — P.609-612.
15. Gallbladder pseudolithiasis caused by ceftriaxone in young adult / Yoon Young Choi, Yun Hwa Jung, Su Mun Choi [et al.] // J. Korean. Surg. Soc. — 2011. — Vol. 81(6). — P. 423-426.
16. Hill P.A. Clinical Importance and Natural History of Biliary Sludge in Outpatients / P.A. Hill, R.D. Harris // Ultrasound Med. — 2016. — Vol. 35 (3). — P.605-610.

17. Indications for Laparoscopic Cholecystectomy or Oral Dissolution Therapy with Ursodeoxycholic Acid in Symptomatic Gallstone Disease / A. Cariati, E. Piromalli, N. Morelli [et al.] // Arch.Clin.Exp.Surg. – 2014. – Vol.3, №3. – P. 161-165.
18. Michielsen P.P. Drug-induced gallbladder disease. Incidence, etiology and management / P.P. Michielsen, H. Fierens, Y.M. Van Maercke // Drug Saf. – 1992. – Vol. 7, № 1. – P. 32-45.
19. Tumefactive gallbladder sludge: the MRI findings/ M. Seong, T.W. Kang, M. Kim [et al.] // Clin. Radiol. – 2016. – Vol. 71 (4). – P. 402.
20. Ursodeoxycholic acid therapy in gallbladder disease, a story not yet completed / M.P.L. Guarino, S. Cocca, A. Altomare [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, № 31. – P. 5029-5034.

### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРЫМ СЛАДЖЕМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

*С.Е. Шостак, Е.М. Стародуб, В.А. Дударенко, М.И. Вуйцик*

**Резюме.** В обзоре приведены современные данные эпидемиологии, классификации патогенеза развития билиарного сладжа. В зависимости от его типов и вариантов представлены наиболее эффективные диагностические и лечебные мероприятия, а также собственные схемы эффективной медикаментозной терапии и профилактики.

**Ключевые слова:** билиарный сладж, диагностические и лечебные схемы, урсолизин, ноофен, адаптол.

### MANAGEMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH BILIARY SLUDGE (REVIEW OF THE REFERENCES AND THE AUTHOR'S OWN FINDINGS)

*S.Ye. Shostak, Ye.M. Starodub, V.A. Dudarenko, M.I. Vuitsik*

**Abstract.** Modern data on epidemiology, classification and pathogenesis of development of biliary sludge are described in the review. The most effective diagnostics and treatment algorithms are shown depending on their types and variants. Own charts of effective medicamentous therapy and methods of prophylaxis are also presented in the review.

**Key words:** biliary sludge, diagnostic and treatment algorithms, ursolisin, noophen, adaptol.

I. Horbachevskiy State Medical University (Ternopil)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 2 (78). – P. 213-217

Надійшла до редакції 05.04.2016 року