

# ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Г. Г. Тимошенко, О. Е. Купина, С. М. Богаченко, Е. А. Кутузова

**Аннотация.** Холестероз желчного пузыря является редким и труднодиагностируемым заболеванием, связанным с поглощением и накоплением липидов в его стенке и сопровождающимся изменением его функции. Уменьшение сократительной функции желчного пузыря с сохраненной абсорбирующей способностью его стенок является дополнительным механиз-

мом для образования холестероза. Ключевым органом регуляции этих процессов является печень, которая реализует синтез холестерина, желчных элементов и образование их транспортных форм.

**Ключевые слова:** холестероз желчного пузыря, стеатоз, стеатогепатит, холестерин, липидный обмен.

## CHOLESTEROSIS OF THE GALLBLADDER

G. Timoshenko, O. Kupina, S. Bogachenko, E. Kutuzova

**Annotation.** Cholesterosis of the gallbladder (CHD) is a rare and difficult to diagnose disease, associated with absorption and accumulation of lipids in its wall and accompanied by change of its function. Reduction of the contractile function of the gallbladder

with the retained absorptive capacity of the walls is an additional mechanism for the formation of LLC. The key organ of regulation of these processes is the liver, which implements the synthesis of cholesterol, bile elements, and the formation of their transport forms.

**Keywords:** cholesterosis of the gallbladder, steatosis, steatohepatitis, cholesterol, lipid metabolism.

**Х**олестероз желчного пузыря (ХЖП) — редкое и труднодиагностируемое заболевание, связанное с абсорбцией и накоплением в стенке желчного пузыря липидов и сопровождающееся изменением его функции. Снижение сократительной функции желчного пузыря при сохраненной абсорбционной способности стенок является дополнительным механизмом формирования ХЖП.

Несмотря на то, что ХЖП был описан R. Wirhov еще в 1857 году, длительное время эта патология была мало знакома практикующим врачам. Частота обнаружения ХЖП, по данным разных авторов, колеблется в чрезвычайно широких пределах — от 3—5% до 50% и более [1, 2]. Этот факт можно объяснить несколькими причинами: различными методами диагностики ХЖП (макроскопическая или гистологическая оценка операционного материала или аутопсий); различной информативностью инструментальных методов исследования; прицельным исследованием, направленным на выявление не только легко диагностируемых форм, но и начальных проявлений заболевания.

В литературе ХЖП описан под различными названиями, такими как «земляничный холестероз», «малиновый холестероз», «медовый холестероз», «крупчатый холестероз», «рыбье-чешуйчатый холестероз», «желтый акантоз», «холестериновый полипоз», «липоидоз», «липоидный холецистит», «ксантомный холецистит», «холестеролоз». Термин «холестероз» был предложен N. Mendez-Sanches в 1925 году и в настоящее время является наиболее часто употребляемым в литературе [3, 4].

Существенный вклад в изучение проблемы ХЖП внесли отечественные ученые Н. К. Пермяков и А. Е. Подольский, которые представили не только общие характеристики, но и различные макро- и микроскопические формы, оригинальную классификацию, сочетанную патологию, результаты гистохимических исследований, а также биохимическую характеристику желчи при холестерозе. Интерпретации полученных авторами результатов соответствовали уровню знаний того времени, но во многом предвосхитили расшифровку спорных моментов патогенеза заболевания [3].

У большинства (более 80%) пациентов ХЖП сочетается с различными проявлениями атеросклероза,

неалкогольным стеатозом/стеатогепатитом, абдоминальным ожирением, сахарным диабетом и стеатозом поджелудочной железы. У более 50% больных с метаболическим синдромом выявляется ХЖП. Достаточно частое сочетание ХЖП с атеросклерозом и гипертонической болезнью (60—80%), а также нарушения липидного обмена у более чем 65% больных холестерозом дополнительно подтверждают их этиологическую общность и дают основания для вывода о том, что в основе патогенеза этих заболеваний лежат общие нарушения липидного обмена [5].

При ХЖП, как и при атеросклерозе аорты, коронарных, сонных и других сосудов, происходит отложение эфиров холестерина в слизистой оболочке, в «пенистых» клетках, что позволяет рассматривать ХЖП как заболевание, аналогичное атеросклерозу. В исследовании была выявлена взаимосвязь ранних маркеров атеросклеротического процесса с наличием ХЖП у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом [6]. Источником липидов, накапливаемых стенкой желчного пузыря, являются преимущественно модифицированные липопротеины низкой плотности (ХС-ЛПНП), что было доказано в исследованиях *in vitro* [1]. Существует определенный предел перенасыщения желчи холестерином, за которым развивается либо ХЖП, либо холелитиаз. По данным ультразвуковых исследований, частота сочетания ХЖП с холецистолитиазом составляет 20—70% и зависит от возраста, пола больных и формы ХЖП [1].

Ключевым органом регуляции этих процессов является печень, осуществляющая синтез холестерина, элементов желчи, а также формирование их транспортных форм.

В настоящее время наиболее широко используют классификацию, в основу которой положены макроскопические изменения слизистой оболочки. Выделяют полипозную, сетчатую и смешанную формы холестероза. При морфологическом исследовании наиболее часто выявлялась сетчатая форма холестероза (71,8%), а реже всего — полипозная форма (8,6%). Полипозная форма ХЖП является наиболее легко диагностируемой и характеризуется наличием одиночного или множественных пристеночных несмещаемых образований без дистальной акустической тени. Основным методом инструментальной диагностики ХЖП является ультразвуковое

исследование [7]. Этим методом диагностируется до 98% полипозных форм ХЖП. Наиболее трудной для диагностики считается сетчатая форма холестероза. Визуализация изменений зависит от многих факторов: состояния подочно-жировой клетчатки, подготовки пациента, степени выраженности самого холестероза, характера содержимого желчного пузыря, сопутствующих воспалительных изменений или отека его стенок. При ХЖП в области проекции стенки визуализируются единичные отдельно расположенные четкие эхопозитивные включения, отражающие наличие холестерина. Протяженность этих включений свыше 0,5–1,5 см считают признаком диффузной сетчатой формы ХЖП, менее 0,5 см — очаговой формы ХЖП. Мелкие холестериновые включения, образующие диффузную сеточку в толще подслизистого слоя размерами 1–2 мм, выглядят как локальное утолщение или уплотнение стенки желчного пузыря и в некоторых случаях вызывают реверберацию (эхографический симптом «хвост кометы»).

При полипозной форме ХЖП чаще отмечаются множественные мелкие (до 0,5 см) дефекты наполнения, имеющие ровные тонкие контуры. При этой форме проблематичен дифференциальный диагноз с аденомами, воспалительными полипами, карциномами небольшого размера. Полипозная форма холестероза может быть представлена выростами, исходящими непосредственно из подслизистого слоя. Они имеют следующие ультразвукографические признаки: диаметр не более 2–4 мм, широкое основание, ровный контур и, как правило, гиперэхогенные. Чаще всего встречаются холестериновые полипы желчного пузыря размерами 4–10 мм. Эти полипы, как правило, расположены на тонкой ножке, контур их ровный, экзогенность соответствует ткани печени, и они не дают акустической тени. Крупные полипы (более 11 мм) гипозоногенны, имеют фестончатый контур.

Вопрос о самостоятельности клинической картины ХЖП является дискуссионным. Некоторые исследователи считают, что ХЖП не имеет собственных симптомов и клинически проявляется лишь при развитии холецистита или желчнокаменной болезни [8]. Вместе с тем имеется точка зрения, указывающая на собственную симптоматику заболевания в виде приступообразных или тупых болей в правом подреберье, диспептических явлений, обусловленных липидной инфильтрацией стенки пузыря, нарушением его сократительной функции, а также закупоркой пузырного протока слущивающимся эпителием [1].

Ультразвуковые критерии диагностики ХЖП являются достаточно точными не только для постановки диагноза «холестероз», но и для проведения дифференциального диагноза с другой, сходной по ультразвуковой картине, патологией желчного пузыря.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХЖП

Основными положениями выжидательной тактики являются динамическое ультразвуковое наблюдение

с оценкой макроскопических изменений в стенке желчного пузыря и характера внутривезикулярного содержимого, и на этой основе определение показаний к консервативному или оперативному лечению.

Больные с сетчатой формой ХЖП подлежат динамическому ультразвуковому наблюдению 1–2 раза в год с контролем уровня общего холестерина и ЛПНП в крови. При необходимости проводится симптоматическая терапия и коррекция липидного обмена.

Больные с полипозной и полипозно-сетчатой формами ХЖП также подлежат динамическому ультразвуковому контролю через каждые 6 месяцев. Таким больным может быть проведена консервативная терапия с применением препаратов желчных кислот, спазмолитиков и других лекарственных средств, направленных на купирование клинических симптомов заболевания, коррекцию липидных нарушений. Терапия проводится под контролем уровней АСТ, АЛТ, общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП в крови. При наличии отрицательной динамики (увеличение числа полипов и их размеров) должен решаться вопрос об оперативном лечении. Ультразвуковая картина, не позволяющая исключить неопластический процесс или отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии на протяжении 6–12 месяцев, также является показанием к проведению холецистэктомии.

Учитывая однонаправленность нарушений липидного обмена, можно предполагать, что диетические рекомендации, разработанные для больных желчнокаменной болезнью, будут полезны и могут быть использованы и при ХЖП.

Целью нашей научно-практической работы было определение корреляции результатов ультразвуковых исследований желчного пузыря (выявление различных видов холестероза) с показателями липидограммы.

В рамках данной работы была набрана группа из 64 человек, у которых при ультразвуковом исследовании впервые выявлены различные формы ХЖП: у 40 человек (62,5%) — полипозная форма, у 17 человек (26,6%) — сетчатая, у 7 человек (10,9%) — полипозно-сетчатая.

Исследуемому контингенту была выполнена липидограмма. У 42 человек (65,6%) отмечалось повышение уровня холестерина (5,0–7,1 ммоль/л), у 52 человек (81,2%) — повышение уровня β-липопротеидов (3,5–11,8 г/л), и только у 5 человек (7,8%) отмечались нормальные показатели липидограммы.

В ходе проведения исследования дополнительно было решено выделить группу пациентов с ультразвуковыми признаками изменений печени и поджелудочной железы. У 35 пациентов с впервые выявленным ХЖП одновременно диагностированы гепатоз (45,7%), стеатоз поджелудочной железы (94,3%).

Данные, полученные при проведении исследования, позволяют предположить, что холестероз желчного пузыря может быть маркером дислипидемий, что позволит врачам начать коррекцию липидного обмена и лечение сопутствующей патологии билиарного тракта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. Холестероз желчного пузыря. Тактика ведения больного и лечение // Трудный пациент. — 2010. — №6. — С. 45–50.
2. Миспахов Г. Б., Акимов В. П., Петрова В. В. Диагностика и лечение холестероза желчного пузыря // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2011. — Серия 11. — Вып. 2. Медицина. — С. 84–89.
3. Морозов И. А. Патогенетические аспекты холестероза желчного пузыря // Доказательная гастроэнтерология. — 2014. — №1. — С. 3–14.
4. Юдина Т. М., Харитонов Л. А. Возможности консервативной терапии холестероза у детей // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. — 2015. — Спецвыпуск (№42). — С. 4–8.
5. Буторова Л. И. Холестероз желчного пузыря: патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативной терапии: Пособие для врачей. — М., 2012. — С. 15.

6. Курская А. Г., Фомина С. В. Холестероз желчного пузыря у больных с метаболическим синдромом // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — №2. — С. 1—7.
7. Мансуров Х. Х., Мироджов Г. К., Мансурова Ф. Х., Аvezов С. А., Мирзоева П. Ф. Патогенетическая терапия холестероза желчного пузыря // РЖГГК. — 2005. — Т. 15. — №6. — С. 45.
8. Черкашина Е. А. Проблемы диагностики и лечения холестероза желчного пузыря // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2015. — №1. — С. 50—58.

### АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Консультативно-диагностическая поликлиника ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» МО РФ, г. Ростов-на-Дону (КДП)  
 Тимошенко Галина Григорьевна — зав. терапевтическим отделением №1 КДП, врач-терапевт высшей квалификационной категории.  
 Купина Ольга Евгеньевна — зав. кабинетом ультразвуковой диагностики КДП, врач ультразвуковой диагностики высшей квалификационной категории.  
 Богаченко Сергей Михайлович — кандидат медицинских наук, заслуженный врач России, заведующий КДП, врач — организатор здравоохранения высшей квалификационной категории.  
 Кутузова Елена Александровна — заместитель заведующего КДП по медицинской части, врач-терапевт высшей квалификационной категории, e-mail: lena\_doc@mail.ru.



## ООО «МЕДИЦИНСКИЕ РЕНТГЕНОВСКИЕ ТРУБКИ»

Авторизованный дистрибьютор фирмы IAE Sp.A., предлагает:

- Трубки и излучатели производства IAE для использования совместно с оборудованием европейских производителей радиологических систем
- Трубки IAE для перезарядки в кожухи IAE
- Трубки IAE для перезарядки в кожухи других европейских производителей
- Трубки и излучатели IAE для производителей медицинского оборудования
- Трубки и излучатели IAE для производителей

Адрес: 107497, г. Москва, ул. Байкальская, д. 1/3, стр. 1, тел./факс.: (499) 504-4211, e-mail: m-r-t@inbox.ru



систем контроля багажа и других устройств обеспечения безопасности

- Консультации и разработка рекомендаций по вопросам применения и взаимозаменяемости рентгеновских трубок и кожухов в радиологических системах.

# РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии: КРАТКИЙ ОБЗОР АЗИАТСКИХ МЕТОДИК

М. Н. Дмитриев

**Аннотация.** В статье приведен краткий обзор современной зарубежной литературы по проблеме растительной терапии нейролептической гиперпролактинемии. Для России это новое и неизвестное направление коррекционного подхода к нейроэндокринным нарушениям. В статье анализируются основные растительные препараты, показаны патогенетические механизмы их действия. Особый акцент уделен

применению средств китайской традиционной медицины. Растительные средства могут дополнять фармакотерапию индуцированной антипсихотиками гиперпролактинемии.

**Ключевые слова:** шизофрения, нейролептическая гиперпролактинемия, гиперпролактинемия, антипсихотическая терапия, традиционная китайская медицина, растительные средства, арипипразол.

## HERBAL REMEDIES FOR CORRECTION OF ANTIPSYCHOTIC-INDUCED HYPERPROLACTINEMIA: A BRIEF OVERVIEW OF ASIAN TECHNIQUES

M. Dmitriev

**Annotation.** The article provides a brief overview of the current foreign literature on a problem of herbal medicine for antipsychotic-induced hyperprolactinemia. This is new and unknown direction of corrective approach to neuroendocrine disorders for Russia. The article analyses the main herbal preparations and shows pathogenetic

mechanisms of their actions. Special emphasis given to the use of traditional Chinese medicine. Herbal remedies can complement pharmacotherapy of antipsychotic-induced hyperprolactinemia.

**Keywords:** schizophrenia, antipsychotic-induced hyperprolactinemia, hyperprolactinemia, antipsychotic therapy, traditional Chinese medicine, herbal medicine, aripiprazole.

**Н**а сегодняшний день во всем мире основой терапии шизофренических психозов являются биологические методы, представленные, прежде всего, фарма-

кологических препаратами из группы антипсихотиков [7, 9, 10]. Однако во всех странах еще до появления современных психотропных веществ существовали свои