

DOI: 10.32364/2587-6821-2025-9-*-0

Билиарный сладж как предкаменная стадия желчнокаменной болезни. Практика применения гимекромона

Э.Я. Селезнева, Ю.В. Эмбутниекс, М.В. Берназ, Т.А. Мечетина, Е.С. Коричева

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

В статье представлен обзор литературы по билиарному сладжу (БС) — предкаменной стадии желчнокаменной болезни. Рассмотрены факторы риска, нерешенные вопросы первичной профилактики холелитиаза, этиопатогенетические механизмы, методы диагностики и лечения функциональных билиарных расстройств и БС. Представлены клинические наблюдения пациентов с БС, демонстрирующие эффективность сочетанной терапии урсодезоксихолевой кислотой с селективным спазмолитиком гимекромона. Оба пациента имели факторы риска формирования БС (генетическая предрасположенность, беременность, низкокалорийная диета). На основании данных литературы и собственного опыта сделан вывод о важности своевременной диагностики и лечения функционального билиарного расстройства и БС в профилактике холелитиаза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: билиарный сладж, билиарные дисфункции, урсодезоксихолевая кислота, гимекромон.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Селезнева Э.Я., Эмбутниекс Ю.В., Берназ М.В., Мечетина Т.А., Коричева Е.С. Билиарный сладж как предкаменная стадия желчнокаменной болезни. Практика применения гимекромона. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025;9(*):1–7. DOI: 10.32364/2587-6821-2025-9-*-0

Biliary sludge as a pre-stone stage of cholelithiasis. Clinical cases of Himecromone application

E.Ya. Selezneva, Yu.V. Embutnieks, M.V. Bernaz, T.A. Mechetina, E.S. Koricheva

A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The paper reviews the current literature on biliary sludge (BS), a pre-stone stage of cholelithiasis. Risk factors, unresolved issues of primary prevention of cholelithiasis, etiopathogenetic mechanisms, methods of diagnosis and treatment of functional biliary disorders and BS are considered. Clinical case reports in BS patients demonstrate efficacy of combined therapy (Ursodeoxycholic acid + Himecromone, a selective antispasmodic). Both patients had risk factors for BS (genetic predisposition, pregnancy, and low-calorie diet). Based on the literature data and the authors' own experience, the authors concluded that timely diagnosis and treatment of functional biliary disorder and BS are important to prevent cholelithiasis.

KEYWORDS: biliary sludge, biliary dysfunctions, ursodeoxycholic acid, himecromone.

FOR CITATION: Selezneva E.Ya., Embutnieks Yu.V., Bernaz M.V., Mechetina T.A., Koricheva E.S. Biliary sludge as a pre-stone stage of cholelithiasis. Clinical cases of Himecromone application. Russian Medical Inquiry. 2025;9(*):1–7 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2025-9-*-0

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по-прежнему остается одной из наиболее распространенных патологий среди населения, уступая по распространенности лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету. ЖКБ представляет собой значимую медико-социальную проблему не только в России, но и в большинстве развитых стран. По данным эпидемиологических исследований, до 20% населения страдают этим заболеванием, а среди всей патологии органов пищеварения ЖКБ является одной из ведущих причин госпитализаций как в Российской Федерации, так и в странах Европы [1]. Среди хирургических вмешательств на брюшной полости холецистэктомия вышла на первое место, оставив позади аппендэктомию [1].

Междисциплинарный подход к ЖКБ, основанный на знании этиопатфизиологических механизмов холестеринового литогенеза, позволил решить серьезные задачи диагностики и лечения ЖКБ, разработать и внедрить современные эндоскопические и хирургические методы ее лечения.

В настоящее время достаточно хорошо изучены факторы риска развития холестеринового холелитиаза, которые включают сложный комплекс взаимодействующих генетических, локальных, системных и метаболических нарушений, а также влияние факторов внешней среды [2].

В настоящее время в зависимости от факторов риска принято делить ЖКБ на две основные формы: генетическую и симптоматическую, в развитии которой играют роль временные условия (очень низкокалорийные диеты, заболевания печени и тонкой кишки, беременность, прием эстрогенов, октреатид, оперативные вмешательства на желудке и тонкой кишке, в том числе бариатрические операции, и т. д.).

В литературе [3, 4] обсуждается генетическая предрасположенность к холелитиазу. Мутации в гене, кодирующем ABCB4-транспортер, уменьшают поступление фосфатидилхолина в желчь, что приводит к снижению уровня фосфолипидов и способствует образованию холестериновых желчных камней за счет уменьшения растворимости

холестерина в желчи. Риск образования камней у пациентов с генетической предрасположенностью в 4–5 раз выше по сравнению с общей популяцией. В связи с низкой концентрацией фосфолипидов желчи у пациентов с генетический предрасположенностью до наступления 40 лет образуются камни в желчном пузыре. Сбор семейного анамнеза по наличию ЖКБ у родственников первой линии является обязательным фактором при первичном опросе больного. Проведение генетического исследования с секвенированием гена *ABCB4* может служить дополнительным источником информации, но не является обязательным [5].

Согласно клиническим рекомендациям EASL (European Association for the Study of the Liver — Европейская ассоциация по изучению печени) по профилактике, диагностике и лечению ЖКБ 2016 г. пациентам с генетической предрасположенностью к холелитиазу можно рекомендовать длительные курсы препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) (15 мг/кг массы тела в день) в юношеском возрасте с целью профилактики камнеобразования [5, 6].

Таким образом, несмотря на последние достижения в изучении ЖКБ, первичная профилактика этого распространенного заболевания в группах высокого риска, напротив, только начинает развиваться [6].

В 2002 г. руководитель отдела патологии желчных путей Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии профессор А.А. Ильченко предложил усовершенствовать классификацию ЖКБ, выделив начальную, или предкаменную, стадию — стадию билиарного сладжа (БС). Настоящая классификация ЖКБ была представлена на III съезде Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР) в 2002 г. и стала значимой в практической работе гастроэнтеролога, терапевта. Она включает в себя 4 стадии развития заболевания [7]:

I стадия — начальная (предкаменная). Характерна густая желчь с неоднородностью структуры. Также именно во время данной стадии формируется БС;

II стадия — формирование конкрементов;

III стадия — хронический рецидивирующий калькулезный холецистит;

IV стадия — развитие осложнений.

Стадия БС, или предкаменная, заслуживает особого внимания, так как лечение именно на этой стадии может обратить «время вспять» и не допустить развития ЖКБ и ее серьезных осложнений [8, 9].

Состав БС может включать в себя жидкие кристаллы холестерина в композиции с муцином, солями кальция и билирубин-содержащими пигментами [10, 11]. В настоящее время в зарубежных систематических обзорах ведется дискуссия по использованию и определению терминов «билиарный сладж» и «микролитиаз». По данным консенсусного определения группы экспертов по исследованию микролитиаза Университета Людвиг-Максимилиана (Мюнхен, 2023 г.), в 20% публикаций термины «билиарный сладж» и «микролитиаз» использовались как синонимы. По общему мнению, гиперэхогенный материал без акустической тени, который оседает в желчном пузыре, представляет собой БС [12]. В то время как термин «билиарный микролитиаз» следует использовать исключительно в тех случаях, когда при обследовании желчных протоков или желчного пузыря обнаруживаются камни размером ≤5 мм (в диаметре) с наличием акустической тени [12].

С практической точки выделяют 3 основных варианта БС [1, 8], каждый из которых имеет характерную эхогра-

фическую картину и определяет соответствующую терапевтическую стратегию:

- ♦ взвесь гиперэхогенных частиц;
- ♦ эхогенная желчь с наличием сгустков;
- ♦ замазкообразная желчь.

Важность своевременной диагностики БС обусловлена, прежде всего, высоким риском формирования камней со временем, которые, по некоторым данным, регистрируют почти у половины пациентов с БС в течение 1–3 лет [8, 13]. В то же время есть данные, согласно которым в 30–60% случаев БС характеризуется исключительно персистенцией, проявляющейся чередованием фаз исчезновения и рецидива [8, 9]. Микролиты в составе БС способны беспрепятственно проходить по желчным протокам, что может вызывать «необъяснимые» боли в правом подреберье у 83% пациентов, а также провоцировать развитие стриктур терминального отдела общего желчного протока и/или стенозирующего папиллита [14].

Один из ключевых патогенетических механизмов на ранних этапах камнеобразования — снижение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, развивающееся на фоне различных факторов риска. Согласно Римскому консенсусу IV (2016 г.) критериями функционального расстройства желчного пузыря являются наличие билиарной боли при сохраненном органе и отсутствии конкрементов либо другой органической патологии [15].

Функциональные расстройства билиарного тракта способствуют формированию и прогрессированию различных заболеваний органов пищеварения, а также играют ведущую роль в патогенезе холелитиаза и билиарного панкреатита [8, 12, 16]. При этом раннее выявление БС по данным ультразвукового исследования (УЗИ) может рассматриваться как косвенный маркер наличия функциональных расстройств билиарного тракта [8, 16].

Обобщая изложенное, можно заключить, что одно из перспективных направлений в изучении холелитиаза — разработка мер первичной профилактики, включающих в себя выявление факторов риска, диагностику и лечение заболевания на ранней, предкаменной, стадии.

Препараты УДХК являются средством первой линии как для профилактики, так и для лечения БС. Эффект УДХК реализуется, прежде всего, за счет снижения насыщенности желчи холестерином посредством подавления его кишечной абсорбции, ингибирования синтеза в печени и снижения секреции в желчь. Кроме того, УДХК способствует растворению холестерина за счет формирования жидкокристаллических комплексов и уменьшения индекса литогенности желчи [1]. Однако у части пациентов на фоне терапии УДХК сохраняются болевой синдром в правом подреберье и симптомы билиарной дисфункции, а спазмолитические препараты оказываются практически неэффективными из-за их неспецифического действия. В связи с этим обоснованным представляется включение в терапию препаратов, обладающих селективным спазмолитическим действием на сфинктерный аппарат и регулирующих моторику желчевыводящих путей. Такое сочетание может повысить эффективность лечения, улучшить субъективное состояние пациентов и повысить качество их жизни.

В терапии моторных дисфункций билиарного тракта применяется гимекромон (Одекромон®) — препарат, сочетающий свойства холеретика и спазмолитика. Гимекромон зарегистрирован в ряде европейских стран и в Российской Федерации для лечения дискинезий желчевыводящих пу-

тей и, по результатам исследований, демонстрирует высокую клиническую эффективность и безопасность. Его действие основано на миотропном спазмолитическом эффекте, характерном для производных кумарина, с преимущественным влиянием на сфинктер Одди. Препарат обладает высокой селективностью за счет минимальной системной абсорбции (не превышающей 3%) [17, 18].

Важной особенностью гимекромона является отсутствие стимулирующего влияния на сократительную функцию желчного пузыря, что делает его безопасным для пациентов с ЖКБ. Препарат включен в Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации (2015) для лечения дискинезии желчевыводящих путей, а также в Клинические рекомендации по ЖКБ (2024)¹ [19, 20].

Для демонстрации эффективности комбинированной терапии УДХК с гимекроном при наличии БС в виде эхонеоднородной желчи с наличием сгустков и микролитов приводим собственные клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка П., 37 лет, обратилась в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ с жалобами на боли в правом подреберье, возникшие после употребления жирной пищи.

Из анамнеза известно, что в мае 2023 г. при плановом УЗИ органов брюшной полости (ОБП) выявлен БС в виде единичной взвеси гиперэхогенных частиц. Терапия не проводилась. В мае 2024 г. после употребления жирной пищи появились выраженные боли в правом подреберье и эпигастрии, повышение температуры до 37,3 °С.

Обратилась в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ. При УЗИ ОБП: желчный пузырь — 7×3 см, перегиб в шейке, толщина стенки 2,8–3 мм, в просвете густое содержимое, сгустки с включением конкрементов до 3–4 мм в диаметре со слабой тенью. Холедох — 3 мм, свободен. Сократительная функция желчного пузыря (СФЖП) — 65% (норма от 50 до 70%) (рис. 1).

Консультирована хирургом, было рекомендовано проведение плановой холецистэктомии. Для дообследования госпитализирована в дневной стационар ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ.

Из анамнеза жизни известно, что мать пациентки страдала ЖКБ, выполнена холецистэктомия. Помимо отягощенной наследственности у пациентки в течение последних 4 лет было две беременности, последняя — в 2023 г.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Живот мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье. Симптом Орнтера отрицательный. Печень и селезенка при перкуссии и пальпации не увеличены.

В клиническом анализе крови — без патологии, в биохимическом анализе крови — повышение уровня аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 10 норм, повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) и γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП) до 5 норм. С учетом выявленных изменений в биохимическом анализе крови — синдрома цитолиза и холестаза — было рекомендовано выполнить МРТ-холангиопанкреатографию (МРХПГ) для исключения холедохолитиаза. Для купирования болевого синдрома назначен гимекромон (Одекромон®) по 400 мг 3 р/сут на 14 дней.

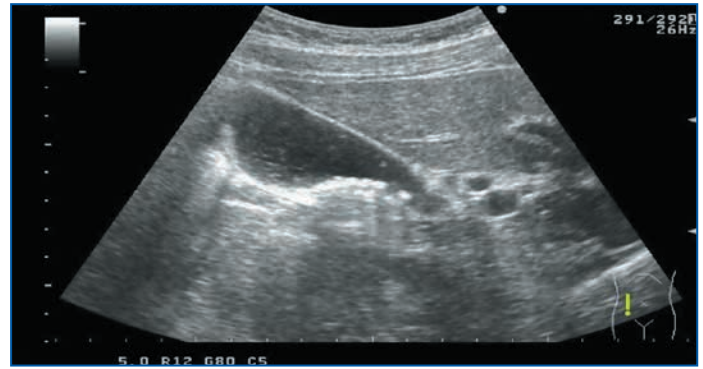


Рис. 1. Данные УЗИ ОБП пациентки П., 37 лет, при обращении: в просвете желчного пузыря густое содержимое, сгустки с включением конкрементов до 3–4 мм в диаметре со слабой тенью

Fig. 1. Patient P., 37 years, pre-treatment US of abdominal cavity organs: thick content is visualized in the gallbladder lumen, clots with gallstones ($\leq 3\text{--}4$ mm) are visualized with a faint shadow



Рис. 2. Данные МРХПГ пациентки П., 37 лет: данных за холедохолитиаз и БС не получено

Fig. 2. Patient P., 37 years, MR cholangiopancreatography: choledocholithiasis and BS are not detected

По данным МРХПГ — холедохолитиаз и БС во внепеченочных желчных протоках не выявлены (рис. 2).

На фоне проводимой спазмолитической терапии (гимекромон по 400 мг 3 р/сут) в течение 1 нед. отмечены полное купирование болевого синдрома и нормализация биохимических показателей крови — АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП в пределах референсных значений. Выявленный первоначально синдром цитолиза и холестаза нами трактовался как транзиторный холедохолитиаз (микролитиаз). Нами был сформулирован диагноз: желчнокаменная болезнь в стадии билиарного сладжа (сгустки желчи с наличием микролитов). Транзиторный холедохолитиаз от мая 2024 г.

Больная после обследования повторно консультирована хирургом, от оперативного вмешательства отказалась. С целью определения плотности микролитов выполнена МСКТ брюшной полости без контрастного усиления (рис. 3), по данным которой рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено.

С учетом отказа больной от хирургического лечения, отсутствия нарушения проходимости внепеченочных желчных протоков по данным МРХПГ и признаков холецистита; короткого анамнеза камненосительства (меньше 1 года); наличия рентгенпрозрачных конкрементов (коэффициент ослабления по Хаунсфилду (KOH) <100 ЕД), сохраненной

¹ Клинические рекомендации. Желчнокаменная болезнь. 2024. (Электронный ресурс.) URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/877_1 С 24 (дата обращения: 15.03.2025).

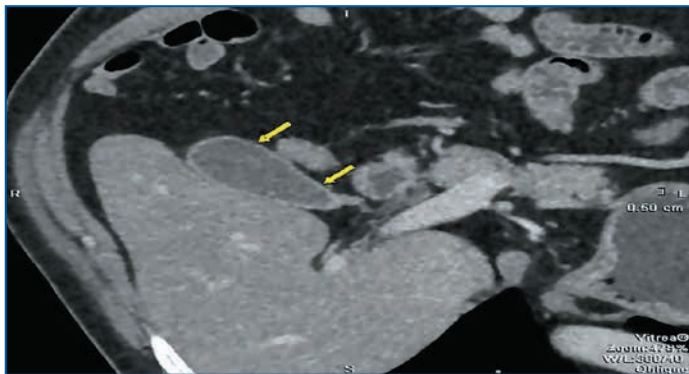


Рис. 3. Данные МСКТ пациентки П., 37 лет, после курса лечения: желчный пузырь обычных размеров (стрелки), содержимое однородное, рентгеноконтрастных конкрементов нет (плотность желчи 12 HU)

Fig. 3. Patient P., 37 years, post-treatment MSCT: normal size of a gallbladder (arrows), homogeneous content, no radiopaque gallstones (bile density - 12 HU)

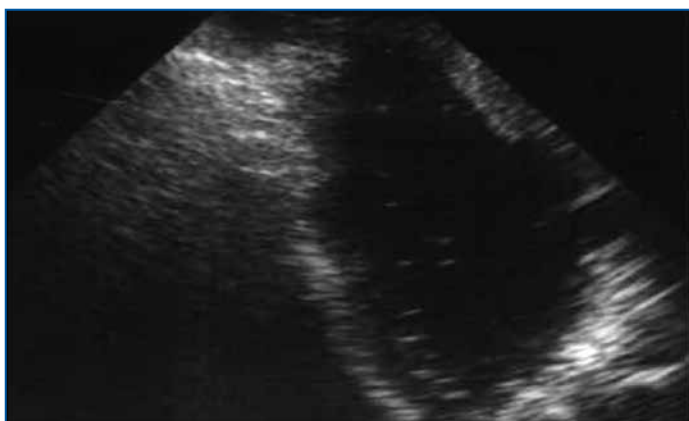


Рис. 4. Эффективный литолиз. БС (единичная взвесь в желчном пузыре)

Fig. 4. Effective litholysis. BS (single suspension in a gallbladder)

СФЖП (выше 50%) больной рекомендовано проведение литолитической терапии в сочетании с селективным спазмолитиком гимекроном.

Рекомендации: стол № 5 (исключение жареного и жирного); УДХК по 15 мг/кг массы тела (масса тела 58 кг, ИМТ 20,1 кг/м²) — 750 мг на ночь в течение 6 мес.; гимекромон 200 мг по 1 таблетке 3 р/сут в течение 1 мес.; УЗИ-контроль через 3–6 мес.

Через 3 мес. при контрольном УЗИ положительная динамика — в желчном пузыре выявляется единичная взвесь (рис. 4). Сгустки и микролиты лизированы. Рекомендовано продолжение урсотерапии.

При контрольном УЗИ ОБП через 6 мес. от начала лечения — однородная желчь в желчном пузыре, что позволяет трактовать состояние как эффективный литолиз. Больной было рекомендовано: в течение 3 мес. прием УДХК с последующим снижением дозы и для профилактики холелитиаза гимекромон по 200 мг 3 р/сут в течение 1 мес. с возобновлением приема через 1 мес. УЗИ-контроль через 6–12 мес.

Клиническое наблюдение 2

Пациент В., 45 лет, обратился за консультацией в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ с жалобами на периодическую тяжесть в правом подреберье.

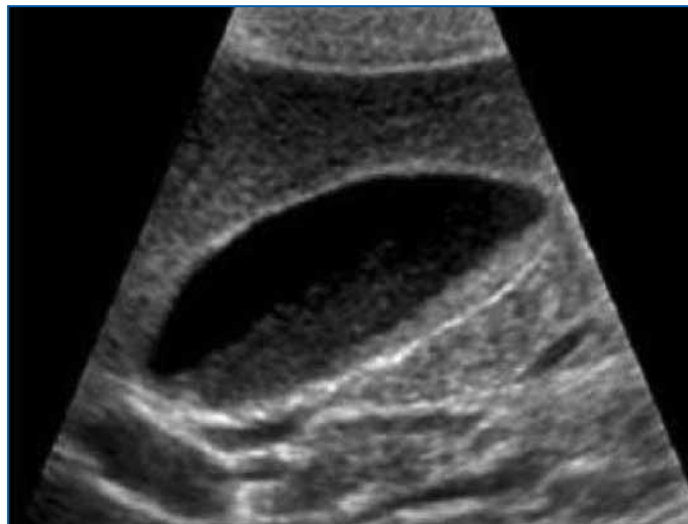


Рис. 5. Данные УЗИ ОБП пациента В., 45 лет, при обращении: БС в виде эхонеоднородной желчи с наличием сгустков

Fig. 5. Patient V., 45 years, pre-treatment US of abdominal cavity organs: biliary sludge (echo-heterogeneous bile with clots)

Из анамнеза известно, что с детства имел повышенную массу тела. Последние 2 мес. по рекомендации эндокринолога придерживался очень низкокалорийной диеты, на фоне которой появилась тяжесть в правом подреберье.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. ИМТ составил 32 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В лабораторных анализах все показатели в пределах референсных значений. При УЗИ ОБП обращает на себя наличие БС в желчном пузыре в виде эхонеоднородной желчи с наличием сгустков (рис. 5). СФЖП 57%.

Больному рекомендован прием УДХК по 15 мг/кг массы тела (масса тела 105 кг) в течение 6 мес. в сочетании с гимекроном 200 мг по 1 таблетке 3 р/сут в течение 1 мес.

На фоне лечения больной отмечал улучшение состояния, купирована тяжесть в правом подреберье. При УЗ-контроле, проведенном через 1 мес., выявлена положительная динамика — в желчном пузыре эхооднородная желчь (рис. 6).

Больному рекомендован прием УДХК по 15 мг/кг массы тела в течение 6 мес. в сочетании с гимекроном (Одекромон®) 200 мг по 1 таблетке 3 р/сут в течение 1 мес.

Обсуждение

Несмотря на то, что ЖКБ является одной из часто встречаемых патологий, вопросы первичной профилактики литогенеза остаются открытыми.

Представленные клинические наблюдения демонстрируют решение проблемы на предкаменной стадии — стадии эхонеоднородной желчи с наличием сгустков и микролитиаза. В первом клиническом наблюдении представлена пациентка, имеющая факторы риска развития холелитиаза: генетическую предрасположенность и 2 беременности в анамнезе. При погрешности в диете у пациентки с наличием сгустков и микролитиаза в желчном пузыре, по данным УЗИ, развилась клиника транзиторного холедохолитиаза, о чем свидетельствовали приступ желчной колики и изме-

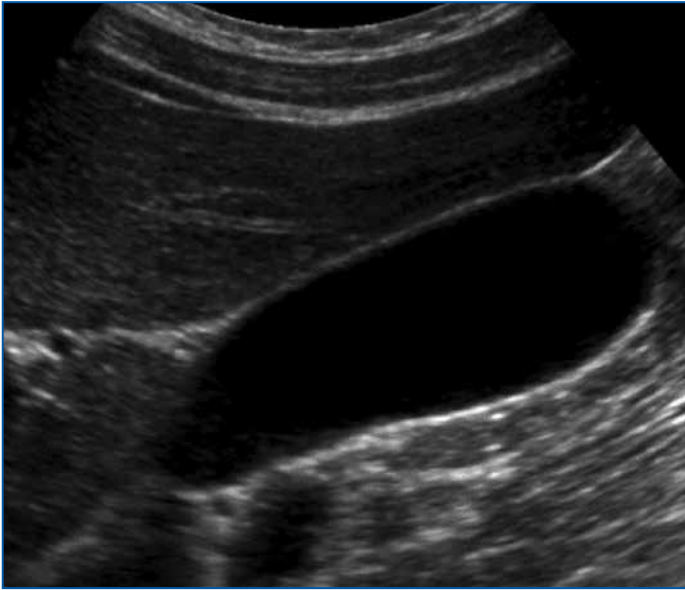


Рис. 6. Данные УЗИ ОБП пациента В., 45 лет, через 1 мес. лечения: в желчном пузыре определяется эхооднородная желчь

Fig. 6. Patient V., 45 years, US of abdominal cavity organs in 1 month after the treatment: biliary sludge (echo-homogeneous bile)

нения биохимического анализа крови (признаки цитолиза и холестаза). Применение селективного спазмолитика гимекромона позволило разрешить транзиторный холедохолитиаз, а в дальнейшем осуществить полный литолиз с помощью комбинированной терапии (УДХК + гимекромон). Во втором клиническом наблюдении вероятной причиной развития БС у пациента стало применение очень низкокалорийной диеты в течение 2 мес. Комбинированная терапия УДХК и гимекромона в течение 1 мес. у больного с БС 2-й стадии позволила купировать субъективные ощущения (чувство тяжести в правом подреберье) и нормализовать состояние желчи.

Результаты лечения представленных пациентов согласуются с результатами сравнительного исследования эффективности монотерапии УДХК и комбинированной терапии УДХК с гимекромона у пациентов с БС 2-й стадии, по результатам которого была установлена более высокая эффективность сочетанной терапии по сравнению с урсотерапией [21, 22], которая выражалась в более выраженном снижении интенсивности болевого синдрома в правом подреберье. При этом СФЖП в обеих группах оставалась стабильной, что свидетельствует о благоприятном профиле безопасности гимекромона у пациентов с ЖКБ. Согласно данным УЗИ переход со 2-й стадии БС на 1-ю наблюдался в 42,8% случаев в группе УДХК и в 51,7% случаев — в группе комбинированной терапии. Улучшение эхоструктуры содержимого желчного пузыря (уменьшение количества и размеров сгустков и взвеси) зафиксировано у 52% пациентов в группе УДХК и у 64% — в группе комбинированной терапии.

Целесообразность использования гимекромона в лечении пациентов с БС была обоснована в резолюции Экспертного совета 2016 г. «Диагностика и лечение больных со сладжем в желчном пузыре», согласно которой больным с БС при успешном литолизе с профилактической целью рекомендован курсовой прием гимекромона 3–4 раза в год от 2 нед. до 1 мес. [23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование желчных конкрементов — сложный многоступенчатый процесс, включающий в себя в том числе функциональные нарушения билиарного тракта. Целенаправленное выявление нарушений на ранних стадиях, в том числе посредством тщательного сбора анамнеза, рассматривается как один из ключевых факторов предотвращения прогрессирования заболевания и перехода БС как обратимой стадии в ЖКБ. В качестве эффективной стратегии лечения можно рассматривать комплексную терапию, включающую, наряду с УДХК (как основной компонент), гимекромон — препарат, оказывающий селективное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и влияющий на моторику желчевыводящих путей. Эта комбинация не только позволяет эффективно устранить боль и симптомы билиарной диспепсии, но и способствует улучшению реологических свойств желчи, препятствуя прогрессированию патологического процесса. ▲

Литература / References

- Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2011. Ilchenko A.A. Diseases of the gallbladder and biliary tract. Guide for doctors. M.: Medical Information Agency; 2011 (in Russ.).
- Sun H., Warren J., Yip J. et al. Factors Influencing Gallstone Formation: A Review of the Literature. *Biomolecules*. 2022;12(4):550. DOI: 10.3390/biom12040550
- Rosmorduc O., Hermelin B., Boelle P.Y. et al. ABCB4 gene mutation-associated cholelithiasis in adults. *Gastroenterology*. 2003;125:452–459. DOI: 10.1016/S0016-5085(03)00898-9
- Poupon R., Rosmorduc O., Boelle P.Y. et al. Genotype-phenotype relationships in the low phospholipid associated cholelithiasis syndrome: a study of 156 consecutive patients. *Hepatology*. 2013;58:1105–1110. DOI: 10.1002/hep.26424
- Condat B., Zanditenas D., Barbu V. et al. Prevalence of low phospholipid-associated cholelithiasis in young female patients. *Dig Liver Dis*. 2013;45(11):915–919. DOI: 10.1016/j.dld.2013.04.002
- European Association for the Study of the Liver (EASL). Electronic address: easloffice@easloffice.eu. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol*. 2016;65(1):146–181. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005
- Ильченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни. *Терапевтический архив*. 2004;2:30–36.
- Ilchenko A.A. Classification of cholelithiasis. *Therapeutic archive*. 2004;2:30–36 (in Russ.).
- Ильченко А.А. Билиарный сладж: причины формирования, диагностика и лечение. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2012;2:18–21.
- Ilchenko A.A. Biliary sludge: causes of formation, diagnostics and treatment. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2012;2:18–21 (in Russ.).
- Ильченко А.А. 10 лет классификации ЖКБ (ЦНИИГ): основные итоги научно-практического применения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2012;4:3–10.
- Ilchenko A.A. 10 years of gallstone disease classification (Central Scientific Research Institute of Gastroenterology): highlights of scientific and practical applications. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2012;4:3–10 (in Russ.).
- Ахмедов Ф.А., Джухраев Х.Ш., Забиров Н.Н. и др. Исследование химического состава и растворимости холестериновых камней разного поколения. *Вестник последилового образования в сфере здравоохранения*. 2016;1:10–13.
- Akhmedov F.A., Dzhuraev Kh.Sh., Zabirow N.N. et al. Investigation of chemical composition and solubility of cholesteric stones of different generation. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. 2016;1:10–13 (in Russ.).
- Di Ciaula A., Wang D.Q., Portincasa P. Cholesterol cholelithiasis: part of a systemic metabolic disease, prone to primary prevention. *Exp Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;13(2):157–171. DOI: 10.1080/17474124.2019.1549988

12. Żorniak M., Sirtl S., Beyer G. et al. Consensus definition of sludge and microlithiasis as a possible cause of pancreatitis. *Gut*. 2023;72(10):1919–1926. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-327955
13. Минушкин О.Н., Бурдина Е.Г., Новоженева Е.В. и др. Билиарный сладж: диагностика и лечение в условиях поликлиники. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;9:14–20. Minushkin O.N., Burdina E.G., Novozhonova E.V. et al. Biliary sludge: diagnosis and treatment at an outpatients' clinic. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2013;9:14–20 (in Russ.).
14. Abeysuriya V., Deen K.I., Navarathne N.M. Biliary microlithiasis, sludge, crystals, microcrystallization, and usefulness of assessment of nucleation time. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2010;9(3):248–253. PMID: 20525550
15. Шептулин А.А., Кардашева С.С. Спорные вопросы функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: анализ Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). *Клин мед*. 2018;96(1):84–87. DOI: 10.18821/0023-2149-2018-96-1-84-87
- Sheptulin A.A., Kardasheva S.S. Controversial issues of gallbladder and sphincter Oddi disorders: analysis of Rome IV criteria (2016). *Klin med*. 2018;96(1):84–87 (in Russ.). DOI: 10.18821/0023-2149-2018-96-1-84-87
16. Ильченко И.А., Делюкина О.В. Значение билиарных дисфункций в патогенезе желчнокаменной болезни. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2011;7:70–78. Ilchenko I.A., Delyukina O.V. Significance of biliary dysfunction in the pathogenesis of gallstone disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2011;7:70–78 (in Russ.).
17. Abate A., Dimartino V., Spina P. et al. Hymecromone in the treatment of motor disorders of the bile ducts: a multicenter, double-blind, placebo-controlled clinical study. *Drugs Exp Clin Res*. 2001;27(5-6):223–231. PMID: 11951580.
18. Hoffmann R.M., Schwarz G., Pohl C. et al. [Bile acid-independent effect of hymecromone on bile secretion and common bile duct motility]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 2005;130(34-35):1938–1943 (in German).
19. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2016;3:64–80. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-64-80
- Ivashkin V.T., Mayev I.V., Baranskaya Ye.K. et al. Gallstone disease diagnosis and treatment: guidelines of the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(3):64–80 (in Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-64-80
20. Минушкин О.Н. Билиарная дисфункция, выбор спазмолитика. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2013;(1):11–14. Minushkin O.N. Biliary dysfunction, choice of antispasmodic. *Gastroenterologiya Sankt-Peterburga*. 2013;(1):11–14 (in Russ.).
21. Селезнева Э.Я., Мечетина Т.А., Орлова Ю.Н. и др. Сравнительное исследование эффективности монотерапии УДХК и комбинации УДХК с гимекромомом у больных с билиарным сладжем 2 стадии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2016;134(10):94–98. Selezneva E.Ya., Mechetina T.A., Orlova Yu.N. et al. Comparative research of efficacy of monotherapy with UDCA and the combination of UDCA with gimekromon in patients with biliary sludge 2 stages. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2016;134(10):94–98 (in Russ.).
22. Селезнева Э.Я. Коррекция функционального билиарного расстройства — реальная профилактика холелитиаза. *Фарматека*. 2019;26(2):93–96. DOI: 10.18565/pharmateca.2019.2.93-96
- Selezneva E.Ya. Correction of functional biliary disorder — the real prevention of cholelithiasis. *Farmateka*. 2019;26(2):93–96 (in Russ.). DOI: 10.18565/pharmateca.2019.2.93-96
23. Ивашкин В.Т., Охлобыстин А.В., Бордин Д.С. и др. Резолюция Экспертного совета «Диагностика и лечение больных со сладжем в желчном пузыре». *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2016;26(6):127–134. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-127-134
- Ivashkin V.T., Okhlobystin A.V., Bordin D.S. et al. Resolution of Advisory council "Diagnosis and treatment of biliary sludge". *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(6):127–134 (in Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-127-134

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Селезнева Эльмира Яватовна — д.м.н., заведующая отделением дневного стационара ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; 111123, Россия, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1; ORCID iD 0000-0003-3895-5964

Эмбутникс Юлия Викторовна — д.м.н., заведующая отделением патологии верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; 111123, Россия, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1; ORCID iD 0000-0002-6479-9515

Берназ Мария Валентиновна — врач-гастроэнтеролог консультативно-диагностического отделения ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; 111123, Россия, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1; ORCID iD 0009-0005-6777-438X

Мечетина Татьяна Анатольевна — к.м.н., врач-гастроэнтеролог терапевтического дневного стационара ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; 111123, Россия, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1; ORCID iD 0009-0006-3298-2901

Коричева Екатерина Сергеевна — к.м.н., врач-гастроэнтеролог терапевтического дневного стационара ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; 111123, Россия, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1; ORCID iD 0009-0009-2739-8008

Контактная информация: Селезнева Эльмира Яватовна, e-mail: e.selezneva@mknc.ru

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 11.04.2025.

Поступила после рецензирования 12.05.2025.

Принята в печать 29.05.2025.

ABOUT THE AUTHORS:

Elmira Ya. Selezneva — Dr. Sc. (Med.), Head of the Department of Outpatient Hospital, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; 1, build. 1, Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-3895-5964

Yulia V. Embutnieks — Dr. Sc. (Med.), Head of the Department of Diseases of the Upper Digestive Tract, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; 1, build. 1, Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-6479-9515

Mariya V. Bernaz — Gastroenterologist, Consultative and Diagnostic Department, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; 1, build. 1, Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation; ORCID iD 0009-0005-6777-438X

Tatiana A. Mechetina — C. Sc. (Med.), Gastroenterologist, Therapeutic Outpatient Hospital, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; 1, build. 1, Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation; ORCID iD 0009-0006-3298-2901

Ekaterina S. Koricheva — C. Sc. (Med.), Gastroenterologist, Therapeutic Outpatient Hospital, A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center; 1, build. 1, Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russian Federation; ORCID iD 0009-0009-2739-8008

Contact information: Elmira Ya. Selezneva, e-mail: e.selezneva@mknc.ru

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interest.

Received 11.04.2025.

Revised 12.05.2025.

Accepted 29.05.2025.

ОДЕКРОМОН®

ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ
ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ
РАБОТЫ БИЛИАРНОГО
ТРАКТА

**ЖЕЛЧЕГОННОЕ
ДЕЙСТВИЕ**



**СЕЛЕКТИВНОЕ
СПАЗМОЛИТИЧЕСКОЕ
ДЕЙСТВИЕ**

50
таблеток

ОДЕКРОМОН®

Гимекромон

200 мг

ЖЕЛЧЕГОННЫЙ ПРЕПАРАТ
ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ СПАЗМОЛИТИК

- Дискинезия желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гиперкинетическому типу;
- Некалькулезный хронический холецистит, холангит, желчекаменная болезнь;
- Состояние после оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчных путях;
- Снижение аппетита, тошнота, запоры, рвота (на фоне гипосекреции желчи)