

Редкий клинический случай атипичного течения сладж-синдрома

Р. Г. Сайфутдинов^{1,2}, Р. Р. Сайфутдинов^{1,2}, Е. В. Салыхова^{1,2}, А. В. Гранкина¹, К. Ж. Газизова¹,
Э. Р. Султанова¹, З. И. Ахметзянова¹

¹ ФГБОУ ВО «Казанская государственная медицинская академия» – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Республика Татарстан, Казань, Россия

² ГАУЗ «Городская клиническая больница № 12» г. Казани, Республика Татарстан, Казань, Россия

РЕЗЮМЕ

Представлен клинический случай сладж-синдрома у женщины с эпизодом кратковременной механической желтухи. Болезнь манифестировала опоясывающей болью, рвотой, однократным подъемом температуры тела, потемнением мочи и ахоличным калом. Диагноз был поставлен на основании данных о погрешности в диете, характерной клинической картины заболевания, результатах биохимического анализа крови, результатах ультразвукового исследования органов брюшной полости, при тщательном исключении иных причин опоясывающих болей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сладж-синдром, клинический случай, механическая желтуха, панкреатит, женщина.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

A rare clinical case of atypical sludge syndrome

R. G. Saifutdinov^{1,2}, R. R. Saifutdinov^{1,2}, E. V. Saliykhova^{1,2}, A. V. Grankina¹, K. Zh. Gazizova¹,
E. R. Sultanova¹, Z. I. Akhmetzyanova¹

¹ Kazan State Medical Academy – Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Tatarstan Republic, Kazan, Russia

² City clinical hospital № 12, Tatarstan Republic, Kazan, Russia

SUMMARY

A clinical case of sludge-syndrome in a woman with an episode of short-term obstructive jaundice is presented. The disease was manifested itself with shingles pains, vomiting, a single rise in body temperature, darkening of urine and acolic feces. The diagnosis was made based on data on errors in the diet, the characteristic clinical picture of the disease, the results of a biochemical blood test, the results of ultrasound examination of the abdominal organs, with careful exclusion of other causes of shingles pains.

KEYWORD: sludge-syndrome, clinical case, mechanical jaundice, pancreatitis, woman.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Список использованных сокращений

БШ – Бристольская шкала формы кала

ВАШ – визуально аналоговая шкала

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ДЖВП – дискинезия желчевыводящих путей

ДГР – дуоденогастральный рефлюкс

ИМТ – индекс массы тела

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

СМП – скорая медицинская помощь

УДХК – урсодезоксихолевая кислота

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

Пациентка Л., 68 лет, госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «ГКБ № 12» 10.03.2025 с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области монотонного характера (по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до 1–2 баллов) с усилением после приема пищи. Ночные боли не беспокоят. Диспепсический синдром – отрыжка воздухом. Изжоги, тошноты нет. Аппетит сохранен. Общая слабость, быстрая утомляемость. Стул – склонность к запорам, плотной консистенции по Бристольской шкале (БШ) – 2, без патологических примесей. Похудела на 5 кг за 2 недели из-за соблюдения диеты на фоне болевого синдрома.

Анамнез болезни (Anamnesis morbi)

Считает себя заболевшей около года назад, когда без связи с чем-либо появились периодические боли (по ВАШ 3 балла) в правом подреберье и в эпигастрии, возникали ближе к ночи, проходили самостоятельно. Консультирована гастроэнтерологом, рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) (результатов на руках нет, со слов – стеатоз печени), принимала урсодезоксихолевую кислоту (УДХК), висмута трикалия дицитрат и тримебутин с улучшением состояния.

С осени 2024 г. отмечает усиление периодических болей (по ВАШ 3–4 балла) в правом подреберье и эпига-

стрии, вздутие живота ближе к ночи. Принимала УДХК до 4 таблеток с улучшением состояния через 1–2 часа.

23.02.2025 после погрешности в диете (со слов пациентки – съела кусок торта) около 22:00 появилось вздутие живота, после чего присоединились жгучие опоясывающие боли (по ВАШ 9–10 баллов), рвота ночью 2 раза (остатки пищи + желчь), после рвоты боли не уменьшились, приняла УДХК 4 капсулы по 250 мг, дротаверин 4 таблетки, тримебутин 1 таблетку без улучшения состояния. Вызвала скорую медицинскую помощь (СМП), поставили дротаверин внутримышечно без улучшения состояния.

Повторный вызов СМП 24.02.2025 на фоне непроходящих болей, обнаружен подъем артериального давления (АД) 170/100 мм рт. ст. (на фоне боли и бессонной ночи), доставлена в приемно-диагностическое отделение ГАУЗ «ГКБ № 7 им. М. Н. Садыкова», введен дротаверин в/м (с улучшением состояния, боли уменьшились по ВАШ до 3–4 баллов), выполнены обследования: общий анализ крови (ОАК) (эритроциты $5,16 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 152 г/л, лейкоциты $16,79 \times 10^9/л$), общий анализ мочи (ОАМ), рентгенография органов брюшной полости и органов грудной клетки (результатов обследования на руках нет), УЗИ органов брюшной полости (заключение: эхографические признаки диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы). Консультирована врачом-хирургом, диагноз: алиментарный гастрит. Рекомендовано: дротаверин по 1 таблетке 3 р/д, омепразол 20 мг 1 р/д, фиброгастроуденоскопия (ФГДС). Лечение без эффекта.

25.02.2025 появились опоясывающие боли (по ВАШ 10 баллов), рвота желчью без улучшения состояния, температура тела до $37,7^{\circ}C$, приняла дротаверин 4 таблетки без улучшения состояния.

ФГДС от 26.02.2025, заключение: рефлюкс-гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Эритематозный дуоденит. Недостаточность кардиального жома. Эндоскопически признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Цитологическое исследование от 26.02.2025, результат: Н. рylogi не обнаружен. Клинический диагноз: Рефлюкс-эзофагит. Консультирована эндоскопистом, рекомендовано: алюминия фосфат, УДХК, дюспаталин, омепразол. Лечение без эффекта.

27.02.2025 отметила, что моча стала цвета крепкого чая, кал ахоличный.

04.03.2025 вызвала участкового врача на дом, который рекомендовал: пантопразол 20 мг 2 р/д, ребамипид 100 мг 3 р/д, алюминия фосфат по 1 пакету 3 р/д, УДХК 500 мг вечером, дюспаталин 200 мг при болях. Без улучшения состояния. Выдано направление на госпитализацию в ГКБ № 12 с диагнозом: синдром цитолиза. Хронический гастрит, обострение. Рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардиального жома. ГПОД. Тест на Н. рylogi отрицательный.

05.03.2025 без причины боли начали уменьшаться.

06.03.2025 моча начала светлеть. Стул был последний раз 7 марта 2025 г. Полуоформленный, ахоличный, без патологических примесей.

07.03.2025 обратилась в ГАУЗ «РКИБ», диагноз: хронический гастрит, дуоденит, обострение. ГЭРБ. Синдром

цитолиза. Достоверных данных за острый вирусный гепатит нет. Антитела к вирусу гепатита А IgM (HA V IgM) не выявлены.

10.03.2025 – плановая госпитализация в ГАУЗ «ГКБ № 12» для верификации диагноза, дообследования и подбора терапии.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Пенсионерка с 58 лет, ранее работала на государственной службе. Замужем. Есть дочь 31 год, здорова. Отец умер в возрасте 64 лет от инсульта, имел хронические заболевания: гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт, анацидный гастрит. Мать умерла в возрасте 86 лет от онкологии (рак прямой кишки, рецидив рака стенки влагалища). Есть родная сестра 66 лет, здорова. Аллергический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в анамнезе, полипы матки (полипэктомия от 2015 г.), простудные заболевания – не чаще 1–2 раз в год. Вредные привычки: не курит, алкоголь отрицает. В армии Российской Федерации не служила.

Объективный статус (Status praesens objectives)

Рост: 158 см, вес: 70 кг, индекс массы тела (ИМТ) = $28 \text{ кг}/\text{м}^2$. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет.

Система органов дыхания: без особенностей, частота дыхательных движений (ЧДД) – 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: область сердца визуально не изменена. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 78 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, АД: 100/75 мм рт. ст.

Система органов пищеварения: язык обложен густым белым налетом по спинке. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по М. Г. Курлову в норме ($9 \times 8 \times 7 \text{ см}$), селезенка не увеличена.

Система органов мочевого выделения без особенностей, симптом Ф. И. Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, диурез в норме.

Были проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования (в скобках указаны нормальные показатели клиники).

Общий анализ крови (ОАК) от 05.03.2025: лейкоциты (лей): $13,1 \times 10^9/л$ ($4,00\text{--}9,00 \times 10^9/л$), эритроциты (эр): $4,96 \times 10^{12}/л$ ($3,70\text{--}4,70 \times 10^{12}/л$), гемоглобин (Hb): 145 г/л ($120\text{--}140 \text{ г/л}$), гематокрит (HCT): 44,7 % ($36,0\text{--}52,0 \%$), среднее содержание гемоглобина (MCH): 29,2 пг ($27,0\text{--}31,0 \text{ пг}$), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC): 324,0 г/л ($346,0\text{--}354,0 \text{ г/л}$), средний объем эритроцита (MCV): 90,1 фл ($81,0\text{--}100,0 \text{ фл}$), коэффициент анизоцитоза эритроцитов (RDW-SD): 49,1 фл ($36,0\text{--}56,0 \text{ фл}$), коэффициент анизоцитоза эритроцитов (RDW-CV): 13,8 % ($11,7\text{--}14,4 \%$), тромбоциты (тр): $321 \times 10^9/л$ ($150\text{--}400 \times 10^9/л$), тромбоцитрит (PCT): 0,35 % ($0,15\text{--}0,40 \%$), средний объем

тромбоцитов (MPV): 10,8 фл (6,9–10,6 фл), ширина распределения тромбоцитов (PDW): 15,5 фл (10,0–20,0 фл), процент лимфоцитов (л%): 16,6% (19,0–37,0%), процент гранулоцитов (гр%): 72,9% (47,0–72,0%), смешанная фракция: базофилы, эозинофилы, моноциты (MID%): 10,5% (3,00–11,00%), лимфоциты (л): $2,20 \times 10^9/\text{л}$ ($0,60\text{--}3,40 \times 10^9/\text{л}$), гранулоциты (гр): $9,5 \times 10^9/\text{л}$ ($1,2\text{--}6,8 \times 10^9/\text{л}$), смешанная фракция: базофилы, эозинофилы, моноциты (MID): $1,40 \times 10^9/\text{л}$ ($0,10\text{--}1,00 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ по Панченкову 2 мм/ч (2–15 мм/ч).

ОАК от 07.03.2025: лей: $13,8 \times 10^9/\text{л}$ ($4,5\text{--}9,0 \times 10^9/\text{л}$), эр: $4,33 \times 10^{12}/\text{л}$ ($3,80\text{--}5,30 \times 10^{12}/\text{л}$), Нб: 129 г/л (115–155 г/л), Нт: 37,2% (34,0–47,0%), МСН: 29,8 пг (26,0–34,0 пг), МСНС: 347,0 г/л (310,0–360,0 г/л), МСV: 85,9 фл (73,0–101,0 фл), RDW-CV: 12,9% (11,0–16,0%), PDW: 13,2 фл (9,0–17,0 фл), Тр: $287 \times 10^9/\text{л}$ ($142\text{--}424 \times 10^9/\text{л}$), PCT: 0,31% (0,17–0,35%), MPV: 10,90 фл (9,0–13,0 фл), коэффициент больших тромбоцитов (P-LCR): 31,8% (13,0–43,0%), ядерные эритроциты (NRBC#): $0,05 \times 10^9/\text{л}$, ядерные эритроциты (NRBC%): 0,4000%, н: 74,6% (37,0–72,0%), л: 15,7% (20,0–50,0%), м: 8,7% (0,00–14,0%), эо: 0,6% (0,00–6,00%), б: 0,2% (0,00–1,00%), н: $10,3 \times 10^9/\text{л}$ ($1,5\text{--}7,0 \times 10^9/\text{л}$), л: $2,17 \times 10^9/\text{л}$ ($1,00\text{--}3,70 \times 10^9/\text{л}$), м: $1,20 \times 10^9/\text{л}$ ($0,00\text{--}0,70 \times 10^9/\text{л}$), эо: $0,07 \times 10^9/\text{л}$ ($0,00\text{--}0,40 \times 10^9/\text{л}$), базофилы (Б): $0,03 \times 10^9/\text{л}$ ($0,00\text{--}0,10 \times 10^9/\text{л}$), IG% (незрелые гранулоциты, %): 0,30% (0,00–0,40%), IG (незрелые гранулоциты, #): $0,04 \times 10^9/\text{л}$ ($0,00\text{--}0,03 \times 10^9/\text{л}$).

ОАК от 11.03.2025: лей: $6,25 \times 10^9/\text{л}$ ($4,0\text{--}10,0 \times 10^9/\text{л}$), эр: $4,05 \times 10^{12}/\text{л}$ ($3,50\text{--}5,50 \times 10^{12}/\text{л}$), Нб: 120 г/л (110–160 г/л), Нт: 35,5% (37,0–54,0%), МСН: 29,6 пг (27–34 пг), МСНС: 339 г/л (320–360 г/л), МСV: 87,5 фл (80–100 фл), Тр: $323 \times 10^9/\text{л}$ ($180\text{--}320 \times 10^9/\text{л}$); Нт: 37,2% (34–47%); MPV: 10,90 фл (9–13 фл), Эо: 3,2% (0,5–5,0%), Эо: $0,2 \times 10^9/\text{л}$ ($0,02\text{--}0,5 \times 10^9/\text{л}$), Л – 31,9% (20–40%), Л: $2 \times 10^9/\text{л}$ ($0,8\text{--}4,00 \times 10^9/\text{л}$), М: 7,6% (3–12%), М: $0,47 \times 10^9/\text{л}$ ($0,12\text{--}1,2 \times 10^9/\text{л}$), Н: 56,8% (50–70%), Н: $3,55 \times 10^9/\text{л}$ ($2\text{--}4 \times 10^9/\text{л}$), Б: 0,5% (0–1%), Б: $0,03 \times 10^9/\text{л}$ ($0\text{--}0,1 \times 10^9/\text{л}$), IG% (незрелые гранулоциты, %): 0,3% (0–0,4%), IG# (незрелые гранулоциты, #): $0,04 \times 10^9/\text{л}$ ($0\text{--}0,03 \times 10^9/\text{л}$), цветовой показатель (ЦП): 0,88 (0,85–1,05), скорость оседания эритроцитов (СОЭ): 36 мм/час (2–15 мм/час).

Общий анализ мочи (ОАМ) от 05.03.2025: удельный вес 1020 г/л (1010,0–1030,0 г/л), цвет – темно-желтый, прозрачность – прозрачная, белок: 0 г/л (0,00–0,10 г/л), глюкоза: 0 мг/дл (0,0–2,8 мг/дл), кислотность: 5 (5,0–9,0), эритроциты (э): 0 кл/мкл (0,00–3,00 кл/мкл), нитриты: не обнаружены (0,00–0,00), кетоны: 10,0 мг/дл (0,00–0,00), уробилиноген: 0 мкмоль/л (5,00–10,00 мкмоль/л), билирубин: 0,5 мкмоль/л (0,0–0,0 мкмоль/л). Микроскопия мочи (ручная методика): лейкоциты: 1–2 в п/зр (2–5 в п/зр).

Анализ мочи от 11.03.2025: сахар отрицательно, ацетон отрицательно.

Анализ мочи по Нечипоренко от 11.03.2025: лейкоциты: 11.250 (2000), эритроциты: 0 (1000), цилиндры: 0 (–).

Биохимический анализ крови (БАК) от 05.03.2025: билирубин общий: 66,5 мкмоль/л (5,0–20,5 мкмоль/л), билирубин прямой: 47,1 мкмоль/л (1,1–5,1 мкмоль/л), билирубин не прямой: 19,4 мкмоль/л (1,7–17,1 мкмоль/л), аланинаминотрансфераза (АЛТ): 899,7 ед/л (4,0–40,0 ед/л), аспаратаминотрансфераза (АСТ): 324,1 ед/л (4,0–35,0

ед/л), мочевины: 6,3 ммоль/л (2,8–8,0 ммоль/л), креатинин: 89 мкмоль/л (44–80 мкмоль/л), глюкоза: 5,34 ммоль/л (3,90–6,40 ммоль/л), холестерин: 6,17 ммоль/л (3,30–5,20 ммоль/л), С-реактивный белок (СРБ): 91,6 мг/л (<5,0 мг/л).

БАК от 07.03.2025: HBsAg не обнаружен, Anti-HCV: АТ не обнаружены, билирубин общий: 29,9 мкмоль/л (5,0–21,0 мкмоль/л), билирубин прямой: 13,3 мкмоль/л (<3,4 мкмоль/л), билирубин не прямой: 16,6 мкмоль/л (1,7–17,1 мкмоль/л), АЛТ: 374,0 Ед/л (<50 ед/л), АСТ: 69,9 Ед/л (<35 ед/л), мочевины: 5,4 ммоль/л (2,8–7,2 ммоль/л), креатинин: 76 мкмоль/л (45–84 мкмоль/л), глюкоза: 5,7 ммоль/л (4,1–5,9 ммоль/л), СРБ: 230,63 мг/л (0,00–5,00 мг/л).

Антитела к вирусу гепатита А IgM (HAV IgM) [ИФА-диагностика] от 08.03.2025, результат: 0,190 (не выявлены) КП. Референсные значения: <1 – отрицательный результат; ≥1 – положительный результат.

БАК от 11.03.2025: билирубин общий: 16,8 мкмоль/л (5–21 мкмоль/л), билирубин прямой: 4,1 мкмоль/л (<3,4 мкмоль/л), билирубин не прямой: 12,7 мкмоль/л (1,7–17,0 мкмоль/л), мочевины крови: 3,2 ммоль/л (2,8–7,2 ммоль/л), общий белок: 59,9 г/л (66–83 г/л), альбумины: 31,7 г/л (35–52 г/л), АЛТ: 138 Ед/л (<40 ед/л), АСТ: 37 Ед/л (<40 ед/л), креатинин крови: 73 мкмоль/л (45–84 мкмоль/л), глюкоза: 5,7 ммоль/л (4,1–5,9 ммоль/л), щелочная фосфатаза (ЩФ): 111 Ед/л (30–120 Ед/л), ГГТ: 11,7 Ед/л (до 38 Ед/л), СРБ: 48,3 мг/л (0,00–5,00 мг/л), протромбин (ПТИ): 77,5% (по Квику 70–130%), фибриноген: 6,2 г/л (2–4 г/л), МНО 1,1 (до 1,1).

Электролитный состав крови от 11.03.2025, результат: калий (к): 3,5 ммоль/л (3,6–5,5 ммоль/л), натрий (н): 141 ммоль/л (136–156 ммоль/л), кальций (ион): 1,10 ммоль/л (1,05–1,30 ммоль/л).

Общий анализ кала (копрограмма) 12.03.2025: форма и плотность – плотный; цвет – коричневый; слизь – нет; кровь – нет; гной – нет; яйца глист не обнаружены; мышечные волокна переваренные 0–1 в п/зр, непереваренные единично в препарате; жир не обнаружено; крахмал +; остатки растительной пищи 0–2 в п/зр; бактерии ++; цисты лямблий не обнаружены; кровь (реакция Грегерсена) отрицательно.

УЗИ органов брюшной полости (ОБП) от 07.03.2024. При осмотре органов брюшной полости: метеоризм отсутствует. Печень: эхоструктура мелкозернистая однородная, сосудистый рисунок четкий, контуры ровные четкие, края закруглены. Эхогенность паренхимы: гиперэхогенная с явлениями выраженного гепатоза, сосудистый рисунок обеднен. Правая доля: 148 мм (140 мм), увеличена. Левая доля 70 мм (70 мм). Дополнительные сведения: нижняя полая вена 15,5 мм. Диаметр портальной вены 9,4 мм (до 12 мм). Холедох 4 мм (до 5 мм). Желчный пузырь – форма: перегиб в нижней трети тела; размеры: 85×31 мм (длина – от 5 до 12 см, ширина – от 2 до 3,5 см; толщина стенок при несокращенном состоянии – 2 мм, сокращенном – 3,5 мм). Стенки гиперэхогенные, не утолщены. Содержимое: негомогенное, единичная эхогенная взвесь. Поджелудочная железа – размеры: головка 27 мм, тело 14 мм, хвост 18 мм (головка поджелудочной

железы – 18–30 мм, тело – 7–20 мм, хвост – 7–25 мм. Диаметр вирсунгова протока – 1 мм). Эхоструктура: мелкозернистая, однородная. Эхогенность паренхимы: гиперэхогенная. Контуры: нечеткие, ровные. Селезенка: размеры: 78×35 мм (площадь не более 55 мм²). Эхогенность паренхимы: нормальная. Эхоструктура: мелкозернистая. Структура: однородная. Контуры: четкие, ровные. Диаметр селезеночной вены: норма (до 6 мм). Заключение: эхо-признаки незначительной гепатомегалии, гепатоза, дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП), перегиба желчного пузыря, сладж-синдром, диффузных изменений поджелудочной железы.

УЗИ ОБП от 24.02.2025: печень: правая доля – 160 мм, левая доля – 88 мм, контуры ровные, границы четкие, паренхима гиперэхогенная, однородная на визуализируемых участках, с явлениями диффузного стеатоза. Желчный пузырь: 82×30 мм, перегиб в шейке, стенки гиперэхогенные, содержимое гомогенное, конкременты не визуализируются. Холедох 5 мм. Поджелудочная железа: головка – 24 мм, тело – 12 мм, хвост – 19 мм. Контуры ровные, границы четкие, гиперэхогенная, однородная. Вирсунгов проток не расширен. Почки: размеры не увеличены, симметричные, контуры ровные, границы четкие. Паренхима справа – 15 мм, слева – 15 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не визуализируются. Гиперэхогенные включения 2–3 мм с обеих сторон. Селезенка: не увеличена, контуры ровные, границы четкие, паренхима однородная. Свободная жидкость: в брюшной полости на момент осмотра не визуализируется. Брюшной отдел аорты на уровне пупка – 15 мм. *Заключение:* эхографические признаки диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы.

ФГДС от 26.02.2025. Пищевод: свободно проходим, тонус стенок нормальный, слизистая бледно-розовая с неизменным капиллярным рисунком. Z-линия четкая, расположена на уровне пищевода-желудочного перехода и диафрагмального жома ниже на 2.0 см. Кардия: эластична, смыкается. Желудок: нормотоничен, натощак содержит небольшое количество пенистого секрета, по стенкам застойная желчь и нерастворенная и крошки таблетки. Складки извитые, расправляются при инсuffляции воздухом, стенки эластичные, слизистая умеренно гипертрофирована, раздраженная. При визуализации в инверсии кардиальный сфинктер смыкается полностью, слизистая в субкардиальном отделе не изменена. Перистальтика активная, прослеживается во всех отделах. Привратник: эластичен, смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки: просвет не изменен. Слизистая ярко-розовая, полиповидно-отечная, раздраженная, в просвете желчь. Микроворсинчатый рельеф обычный. Постбульбарные отделы: просвет обычный, слизистая розовая, микроворсинчатый рельеф не изменен. Большой дуоденальный сосочек и продольная складка без особенностей. При осмотре в режимах NBI, iSCAN, ZOOM дополнительной информации не получено. Заключение: Рефлюкс – гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эритематозный дуоденит. Недостаточность кардиального жома. Эндоскопические признаки ГПОД.

Цитологическое исследование от 26.02.2025: *H. pylori* не обнаружен. Смешанная микрофлора, в том числе *Sar. Ventriculi* и признаки хронического воспаления.

Флюорография легких от 02.09.2024, заключение: в легких без патологии.

Электрокардиограмма от 13.03.2025, заключение: ЧСС=77 ударов в минуту, электрическая ось сердца – 9 градусов – отклонена влево. Синусовый ритм с ЧСС 75–76–78 ударов в минуту. Нарушение процесса реполяризации миокарда желудочков. Т сглажен в отведениях AVL, V2-V4.

Дифференциальная диагностика

Первоначально врачами был заподозрен гепатит неуточненной этиологии (вероятно, аутоиммунный), так как пациентка поступила с жалобами на ноющие боли в эпигастральной и правой подреберной областях монотонного характера, с синдромом цитолиза и холестаза по результатам биохимического анализа крови, с коэффициентом де Ритиса меньше 1, указывающим на гепатит. К тому же этот диагноз подкреплялся тем, что у больной с момента появления жалоб до госпитализации был эпизод потемнения мочи и ахоличного кала, однократного подъема температуры тела, выраженной общей слабости. Гепатиты вирусной и токсической этиологии были исключены согласно анамнезу и результатам обследований пациентки.

Следующим прорабатывался диагноз желчнокаменная болезнь: калькулезный холецистит. Но это заболевание было врачами отвергнуто, так как у пациентки по результатам ультразвукового исследования ни разу не выявлялись конкременты в желчном пузыре и/или утолщение стенок желчного пузыря более 2 мм.

Также был исключен диагноз холангит, так как у пациентки отсутствует «триада Шарко», характерная для данного заболевания, которая включает в себя три основных симптома – интенсивные боли в правом подреберье, желтуху и лихорадку.

Как мы видим из заключений выше представленных инструментальных исследований, ранее на одном из ультразвуковых исследований органов брюшной полости в желчном пузыре была обнаружена негетогенная единичная эхогенная взвесь, что является критерием диагноза сладж-синдрома. Вероятно, на фоне прохождения сладжа по желчевыводящим протокам возник кратковременный эпизод механической желтухи и реактивного панкреатита, исчезнувшие после выхода сладжа в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Диагноз подтверждается и тем, что пациентка отмечала появление опоясывающих болей на фоне грубого нарушения в питании, рвоту (желчью + съеденной пищей), подъем температуры тела до 37,7°C, вздутие живота, а также повышение общего, прямого и непрямого билирубина, АСТ, АЛТ, холестерина, фибриногена и С-реактивного белка в биохимическом анализе крови и лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в общем анализе крови.

13.03.2025 по данной пациентке проведен консилиум сотрудниками и ординаторами кафедры госпитальной и поликлинической терапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России с врачами гастроэнтерологического отделения ГАУЗ ГКБ № 12. Выставлен

диагноз: кратковременная механическая желтуха, возникшая вследствие сладж-синдрома в желчном пузыре и самостоятельно разрешившаяся.

Пациентке были даны рекомендации по питанию и образу жизни, назначен препарат урсодезоксихолевой кислоты. Пациентка выписана с улучшением состояния.

Список литературы / References

1. Бакулин И.Г., Авалуева Е.Б., Серкова М.Ю. и др. Билиарный сладж: патогенез, этиология и лекарственная терапия. *Терапевтический архив*. 2021; 93 (2): 179–186. DOI: 10.26442/00403660.2021.02.200638
Bakulin I.G., Avalueva E.B., Serkova M.Yu. et al. Biliary sludge: pathogenesis, etiology, and drug therapy. *Therapeutic archive*. 2021; 93 (2): 179–186. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2021.02.200638
2. Билиарный сладж: опыт терапии в реальной клинической практике / И.Б. Хлынов, Р.И. Акименко, И.А. Гурикова, М.Э. Лосева, О.Г. Марченко. *Лечащий врач*. 2019; 4: 80–83. Biliary sludge: experience of therapy in real clinical practice / I.B. Khlynov, R.I. Akimenko, I.A. Gurikova, M.E. Loseva, O.G. Marchenko. *Attending physician*. 2019; 4: 80–83. (In Russ.).
3. Ильченко А.А. Билиарный панкреатит: клинические аспекты проблемы. *Медицинский совет*. 2011; 1112: 62–66.
Ilchenko A.A. Biliary pancreatitis: clinical aspects of the problem. *Medical council*. 2011; 1112: 62–66. (In Russ.).
4. Ильченко А.А. Современный взгляд на проблему билиарного сладжа. *РМЖ*. 2010; 28: 1707.
Ilchenko A.A. Modern view on the problem of biliary sludge. *RMJ*. 2010; 28: 1707. (In Russ.).
5. Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Российское общество хирургов», Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации «Эндоскопическое общество (РЭНДО) «Желчнокаменная болезнь», 2024 г. Текст: электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ: [сайт]. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>
Clinical guidelines of the All-Russian Public Organization «Russian Society of Surgeons», the Russian Gastroenterological Association, and the Endoscopic Society «RENDON» Association «Cholelithiasis», 2024. Text: electronic / Index of clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation: [website]. (In Russ.). URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru>
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза, 2015 г. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Russian Society of the Liver for the diagnosis and treatment of cholestasis, 2015. (In Russ.).
7. Нурмагомедов М.С., Магомедова З.С., Каграманова З.С. Литературный обзор: хронические гепатиты в клинике внутренних болезней. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2016; 5: 77–91. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=932>
Nurmagomedov M.S., Magomedova Z.S., Kagramanova Z.S. Literature review: chronic hepatitis in the clinic of internal diseases. *Scientific review. Medical sciences*. 2016; 5: 77–91. (In Russ.). URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=932>
8. Jungst C, Kullak-Ublick GA, Jungst D. Gallstone disease: microlithiasis and sludge. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006; 20: 1053–1062.
9. Diseases of the liver and biliary tracts: manual for doctors / ed. by V.T. Ivashkin. 2ed. M.: Publishing house «M-Vest», 2005. 536 p.
10. Hill P.A., Harris R.D. Clinical Importance and Natural History of Biliary Sludge in Outpatients. *J Ultrasound Med*. 2016; 35 (3): 605–610.

Статья поступила / Received 07.02.2026

Получена после рецензирования / Revised 01.04.2026

Принята в печать / Accepted 02.04.2026

Сведения об авторах

Сайфутдинов Рафик Галимзянович, д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной и поликлинической терапии^{1,2}. E-mail: rgsbancorp@mail.ru. ORCID: 0000-0003-2839-100X

Сайфутдинов Ринат Рафикович, к.м.н., доцент, кафедры госпитальной и поликлинической терапии^{1,2}. E-mail: r_saifutdinov@mail.ru

Саляхова Екатерина Викторовна, ассистент кафедры госпитальной и поликлинической терапии^{1,2}. E-mail: kareglazka_1@mail.ru. ORCID: 0000-0001-5043-7401

Гранкина Анастасия Владимировна, клинический ординатор кафедры госпитальной и поликлинической терапии¹. E-mail: nas.grankina18@yandex.ru

Газизова Камия Жадитовна, клинический ординатор кафедры госпитальной и поликлинической терапии¹. E-mail: kamilya-gazizova@mail.ru

Султанова Элина Рустановна, клинический ординатор кафедры госпитальной и поликлинической терапии¹. E-mail: elli-su.sultanova@yandex.ru

Ахметзянова Зия Ильгизаровна, клинический ординатор кафедры госпитальной и поликлинической терапии¹. E-mail: zilunchik9@gmail.com

¹ ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Республика Татарстан, Россия

² ГАУЗ «Городская клиническая больница № 12» г. Казани, Республика Татарстан, Россия

Автор для переписки: Гранкина Анастасия Владимировна. E-mail: nas.grankina18@yandex.ru

About authors

Saifutdinov Rafik G., Dr Med Sci (habil.), professor, head of Dept of Hospital and Ambulatory Therapy^{1,2}. E-mail: rgsbancorp@mail.ru. ORCID: 0000-0003-2839-100X

Saifutdinov Rinat R., PhD Med Sci, associate professor at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy^{1,2}. E-mail: r_saifutdinov@mail.ru

Saliykhova Eraterina V., assistant at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy^{1,2}. E-mail: kareglazka_1@mail.ru. ORCID: 0000-0001-5043-7401

Grankina Anastasia V., clinical resident at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy¹. E-mail: nas.grankina18@yandex.ru

Gazizova Kamila Zh., clinical resident at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy¹. E-mail: kamilya-gazizova@mail.ru

Sultanova Elina R., clinical resident at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy¹. E-mail: elli-su.sultanova@yandex.ru

Ahmetzyanova Ziya I., clinical resident at Dept of Hospital and Ambulatory Therapy¹. E-mail: zilunchik9@gmail.com

¹ Kazan State Medical Academy – Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Kazan, Republic of Tatarstan, Russia


² City clinical hospital № 12, Kazan, Russia

Corresponding author: Grankina Anastasia V. E-mail: nas.grankina18@yandex.ru

Для цитирования: Сайфутдинов Р.Г., Сайфутдинов Р.Р., Саляхова Е.В., Гранкина А.В., Газизова К.Ж., Султанова Э.Р., Ахметзянова З.И. Редкий клинический случай атипичного течения сладж-синдрома. *Медицинский алфавит*. 2026; (5): 26–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-5-26-30>

For citation: Saifutdinov R.G., Saifutdinov R.R., Saliykhova E.V., Grankina A.V., Gazizova K.Zh., Sultanova E.R., Akhmetzyanova Z.I. A rare clinical case of atypical sludge syndrome. *Medical alphabet*. 2026; (5): 26–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-5-26-30>

Подписка на журнал
на 2026 год

 **Медицинский
алфавит**

«Медицинский алфавит». Серия «Гастроэнтерология и диетология»

Печатная версия – 1000 руб., электронная версия любого журнала – 700 руб. (за номер).

Присылайте, пожалуйста, запрос на адрес medalfavit@mail.ru

Годовая подписка на журнал «Медицинский алфавит» Серия «Гастроэнтерология и диетология» (4 выпуска в год).

Цена (в год): 4000 руб. (печатная версия) или 2800 руб. (электронная версия).

Подписка через «Урал-Пресс».

«Гастроэнтерология и диетология» – серия журнала «Медицинский алфавит» (Россия). Печатная версия. Индекс – 015749

https://www.ural-press.ru/catalog/?ELEMENT_ID=9095273

Как подписаться

Все платежи от физических лиц через онлайн-банки принимаются издательством только на сайте <https://med-alphabet.com>

От юридических лиц по счету, по запросу на почту podpiska.ma@mail.ru