



А.Ю. Иоффе, Р.Н. Абу Шамсия, Т.В. Тарасюк  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, Киев

## Профилактика камнеобразования у больных с морбидным ожирением

### Ключевые слова

Ожирение, желчнокаменная болезнь, билиарный сладж, урсодезоксихолевая кислота («Урсофальк»).

В последнее время наблюдается неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) среди населения. Частота заболевания в странах Европы составляет в среднем около 10 %, хотя и колеблется в достаточно широком диапазоне — от 4–5 % в Ирландии и Греции до 39 % в Швеции [2, 4].

Одним из наиболее распространенных факторов риска возникновения ЖКБ является ожирение, особенно у женщин. Образование камней в этом случае является чаще всего результатом повышения секреции холестерина. При снижении массы тела секреция последнего снижается.

Перенасыщение желчи холестерином возникает при избыточной секреции холестерина в желчь (при ожирении, употреблении пищи, содержащей большое количество жира, холестерина), а также при уменьшении секреции желчных кислот [2].

Риск появления камней в желчном пузыре увеличивается с ростом индекса массы тела (ИМТ). Данные исследования Nurses Health Study [1, 2, 5] продемонстрировали, что женщины, страдающие ожирением (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>), имеют в 2 раза больший риск, а женщины с тяжелой формой ожирения (ИМТ > 45 кг/м<sup>2</sup>) — в семь раз больший риск появления камней в желчном пузыре по сравнению с худощавыми женщинами (ИМТ < 24 кг/м<sup>2</sup>).

Ежегодная заболеваемость ЖКБ составляет 1 % у женщин с ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup> и 2 % у женщин с ИМТ > 45 кг/м<sup>2</sup>. У мужчин, страдающих ожирением, риск развития ЖКБ ниже, чем у женщин. Вероятность образования камней в желчном пузыре растет и при похудении в связи с

увеличением концентрации холестерина в желчи, образованием кристаллов холестерина и снижением сократительной функции желчного пузыря.

Образование «новых» камней происходит примерно у 25–35 % людей с ожирением, которые быстро сбросили массу тела благодаря применению низкожировой или очень низкокалорийной диеты, а также вследствие хирургического вмешательства на желудке [2, 4].

Обнаружено, что увеличение потребления жиров при очень низкокалорийной диете (< 600 ккал/сут) предупреждает образование камней. Риск образования камней во время диеты для похудения становится значительно ниже (0–17 %) у тех пациентов, которые придерживаются низкокалорийной диеты (> 800 ккал/сут), содержащей 15–30 г жиров в 1 сут [2, 6].

По данным N.A. Le и соавторов, избыток инсулина не только усиливает синтез холестерина, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, но и существенно тормозит процессы липолиза, приводя к манифестации ЖКБ [6].

Для уменьшения риска образования камней в желчном пузыре не обязательно увеличивать содержание жиров в пище во время диеты для похудения. Риск образования камней как при использовании очень низкокалорийной диеты, так и после хирургического вмешательства можно значительно снизить с помощью оригинального препарата урсодезоксихолевой кислоты — «Урсофальк». Назначение его в дозе 10 мг/кг в 1 сут обеспечивает эффективную профилактику образования камней в желчном пузыре у тех пациентов, которые хотели бы быстро похудеть [1, 3, 5].

## Матеріали і методи

В клініці кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця за період з червня 2001 по листопад 2009 г. обстежено 102 пацієнта з морбидним ожирінням. З них у 56 хворих була супутня ЖКБ. Середній вік пацієнтів становив 45 років (17–63). З них чоловіків було 38 (37,2 %), жінок — 64 (62,8 %). В час обстеження у хворих виявлено наступна супутня патологія: гіпертонічна хвороба — 96 (94,1 %), цукровий діабет — 24 (23,5 %), синдром Пиквіка — 6 (5,9 %). Прооперовано 36 (35,2 %) хворих з морбидним ожирінням, з них 15 (41,6 %) проведено лапароскопічне регульоване бандажування шлунка, в 1 (2,7 %) випадку — лапароскопічна зменшувальна резекція шлунка (sleeve gastrectomy), 20 (55,7 %) прооперовано відкрито (2001–2006 гг.), виконано нерегульоване бандажування шлунка. Маса тіла пацієнтів становила від 85 до 190 кг (ІМТ від 34 до 75 кг/м<sup>2</sup>). Симультанну холецистектомію виконано у 12 пацієнтів, холецистектомію без бариатричної операції — у 44 хворих.

Інтрагастральний баллон застосовували у 7 пацієнтів з ІМТ від 34 до 39 кг/м<sup>2</sup>, у яких при ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини не виявлено ЖКБ. У 1 пацієнта встановлено бiliarний сладж.

## Результати і обговорення

В післяопераційний період пацієнтам після лапароскопічного бандажування шлунка при втраті 1,5 кг/нед маси тіла призначали «Урсофальк» в дозі 10 мг/кг в цілях профілак-

тики розвитку ЖКБ. Це обумовлено тим, що вживання їжі з 4 г жирів і менше знижує функцію опорожнення жовчного міхура і призводить до камнеутворення [2, 4].

Пацієнтам з морбидним ожирінням, які відмовлялися від оперативного лікування, при виявленні бiliarного сладжа проводили консервативну терапію «Урсофальком» в дозі 10 мг/кг.

У оперованих хворих за час спостереження з 2001 по 2009 г. на фоні прийому «Урсофалька» в період схуднення (12–24 міс) при динамічному ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини виявлено бiliarного сладжа і камнеутворення не виявлено.

У неоперованих пацієнтів з морбидним ожирінням при наявності сладжа через 1 міс після прийому «Урсофалька» ультразвуковими ознаками бiliarного сладжа не виявлено. Ця категорія пацієнтів приймає «Урсофальк» місячним курсом раз в 6 міс в дозі 10 мг/кг.

## Висновки

В зв'язі з підвищеним ризиком камнеутворення у пацієнтів з морбидним ожирінням після проведення бариатричних операцій вважаємо необхідним призначати оригінальний препарат урсодезоксихолевої кислоти («Урсофальк») в період швидкого схуднення (в час 6–8 міс з моменту операції) в дозі 10 мг/кг.

У пацієнтів з морбидним ожирінням, які відмовляються від бариатричних операцій, при наявності бiliarного сладжа вважаємо необхідним призначати «Урсофальк» місячним курсом 1 раз в 6 міс в дозі 10 мг/кг.

## Список літератури

1. Буєверов А.О. Можливості клінічного застосування урсодезоксихолевої кислоти // *Consilium Medicum*.— 2005.— Т. 7, № 6.— С. 28–34.
2. Ветшев П.С. Желчнокамінна хвороба і холецистит (Лекція) // *Клініч. перспект. гастроентерол., гепатол.*— 2005.— № 1.— С. 16–24.
3. Надінська М.Ю. Дослідження застосування урсодезоксихолевої кислоти в гепатології з позиції медицини, ос-  
нованої на наукових доказах // *Consilium medicum*.— 2003.— № 6.— С. 318–22.
4. Скворцова Т.Э. Клініко-патогенетичні особливості діагностики і лікування желчнокамінної хвороби у хворих з порушеннями рухової функції і мікробіоценозу кишечника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — СПб, 2007.— 24 с.
5. Beuers U. Mechanisms of action of ursodeoxycholic acid. In: *Falk Symposium 117 // Hepatology*.— 2001.— Р. 83–89.
6. Le N.A. Hyperlipidemia and cardiovascular disease // *Curr. Opin. Lipidol.*— 2006.— 17 (6).— Р. 702–704.

О.Ю. Іоффе, Р.Н. Абу Шамсія, Т.В. Тарасюк  
**Профілактика камнетворення  
у хворих на морбідне ожиріння**

У роботі викладено аспекти профілактики розвитку жовчнокам'яної хвороби у пацієнтів з морбідним ожирінням, а також обґрунтовано потребу в призначенні препаратів урсодезоксихолевої кислоти з метою запобігання прогресуванню біліарного сладжу незалежно від хірургічного лікування ожиріння (виконання бариатричної операції).

A.Yu. Ioffe, R.N. Abu Shamsieh, T.V. Tarasyuk  
**Prophylaxis of gallbladder stone formation  
in patients with morbid obesity**

The article presents the aspects of prophylaxis of the gallstones disease progression in patients with morbid obesity, and gives the arguments supporting the administration of ursodeoxycholic acid preparations to avoid progression of biliary sludge independently of the surgical treatment of obesity (implementation of bariatric surgery).

---

**Контактна інформація**

Іоффе Олександр Юлійович, д. мед. н., проф. кафедри  
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 17

*Стаття надійшла до редакції 18 жовтня 2009 р.*