



Г. Д. Фадеенко, В. М. Чернова

Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины, Харьков

Желчнокаменная болезнь: механизмы развития, подходы к терапии

Представлены данные о распространенности и факторах риска развития желчнокаменной болезни (ЖКБ) у пациенток в период беременности. Показано, что основными провоцирующими факторами ЖКБ у беременных являются гормоны — эстроген и прогестерон. Освещены клинические маски ЖКБ и основные клинические симптомы данного заболевания. Рассмотрен механизм развития болевого синдрома при ЖКБ. В качестве патогенетической терапии предложен миотропный спазмолитик мебеверин. Приведены требования к спазмолитикам, которыми следует руководствоваться при выборе препаратов для лечения ЖКБ в период беременности. Диагноз ЖКБ у больных устанавливают с помощью ультразвукового исследования желчного пузыря. Учет совокупности клинических проявлений, лабораторных данных, результатов ультразвукового исследования и правильный выбор спазмолитика улучшают диагностику и результаты лечения ЖКБ у беременных.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, беременность, мебеверин.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, патогномичным признаком которого является наличие в желчном пузыре и желчевыводящих путях билиарного сладжа и конкрементов. Согласно данным популяционных исследований, проведенных в Европе и Северной Америке, ЖКБ страдает около 15 % населения. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, в последние годы наблюдается значительный рост количества больных ЖКБ. Если в 1999 г. распространенность ЖКБ составляла 329,7, то в 2007 г. — 651,1 на 100 тыс. населения. Таким образом, прирост распространенности ЖКБ в Украине за 8 лет составил 97,5 %. Холелитиаз относят к наиболее затратным заболеваниям пищеварительной системы, которое требует госпитализации в стационар. Например, в США ежегодно на лечение заболеваний желчного пузыря тратят 8 млрд дол. У 80 % пациентов ЖКБ протекает бессимптомно. Когда заболевание становится симптомным, риск развития осложнений, опасных для жизни, возрастает в 10 раз.

К факторам риска ЖКБ относят прежде всего 5F (female — женский пол, fat — полнота, forties —

возраст старше 40 лет, fertile — неоднократно рожавшие женщины, fair — светловолосые). Образованию конкрементов также способствуют быстрая потеря массы тела в результате диетических ограничений или голодания, длительное парентеральное питание (преимущественно приводит к формированию пигментных конкрементов), недостаточное потребление жидкости, большие перерывы между приемами пищи, гиподинамия, запоры, избыточный вес, генетическая предрасположенность, нерациональное питание с преобладанием жиров, переедание. Кроме того, образованию конкрементов могут сопутствовать сахарный диабет, резекция подвздошной кишки в связи с нарушением энтерогепатической циркуляции желчных кислот и прием некоторых лекарственных препаратов. У женщин образование камней могут вызывать оральные контрацептивы.

По статистике, женщины болеют ЖКБ чаще мужчин. Женский организм быстрее накапливает лишние килограммы, постоянная диета и голодание не способствуют правильному режиму питания, провоцируя скопление желчи в пузыре. Во время беременности женщины часто сталкиваются с этим заболеванием, особенно если до наступления беременности были проблемы с функционированием желчного пузыря. Существует точка зрения, что именно беременность в

большинстве случаев является основной причиной возникновения ЖКБ у женщин. Заболевания желчевыделительной системы могут возникать на всех сроках беременности, при родах и в послеродовой период. Беременность может быть провоцирующим фактором острого холецистита, поскольку при ней возникает дискинезия желчных путей, затруднение оттока желчи, во второй половине беременности возможна гиперхолестеринемия. Хронический холецистит обостряется во время беременности у 30–35 % женщин. Заболевание чаще наблюдают у женщин с нарушением обмена веществ. Существенную роль в развитии острого холецистита играет инфекционный фактор (*S. aureus*, *E. coli*). Заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3 % беременных. Частота холецистэктомии при беременности составляет 0,1–0,3 %.

По клиническому течению ЖКБ выделяют:

- бессимптомные конкременты желчного пузыря;
- неосложненный холецистит;
- катаральный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего;
- деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего (флегмонозный; гангренозный);
- осложненный холецистит;
- окклюзионный (обтурационный);
- прободной острый холецистит с явлениями местного или разлитого перитонита;
- острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков;
- острый холецистопанкреатит, осложненный пропотным желчным перитонитом.

Основными провоцирующими факторами ЖКБ у беременных являются гормоны — эстроген и прогестерон. Они необходимы для сохранения беременности, нормального ее протекания, подготовки женских половых органов к родам. Прогестерон расслабляет гладкие мышцы стенок желчного пузыря, провоцирует замедление процесса выработки желчи и застоев, что приводит к образованию камней. Большое количество эстрогенов нарушает синтез основных составляющих желчи — желчных кислот. Из-за этого изменяется концентрация и состав желчи, содержащийся в ней холестерин кристаллизуется, выпадает в осадок, из которого формируются камни.

Еще одной причиной может быть механическое воздействие на печень и желчный пузырь, которое возникает вследствие развития и увеличения в размере плода (вес плода превышает 4 кг), либо при многоплодной беременности.

Напомним, что желчный пузырь — это специальный орган, резервуар для накопления желчи, являющийся одним из составляющих пищеварительной системы и играющий важную роль в процессах переваривания и расщепления пищи. Он накапливает и концентрирует желчь, которая обеспечивает процесс расщепления жиров. В хорошо отлаженной системе снабжения желчью организма есть одно слабое место: когда происходит концентрация желчи в пузыре, существует опасность ее застоя с образованием сгустков, а затем камней.

Повышенное содержание холестерина в желчи способствует росту камней. Процесс этот длительный, он может протекать несколько лет, пока цепочка «холестерин-холестериновые хлопья-кристаллы холестерина-холестериновые камни» не завершится. В основе заболевания лежит изменение вязкости желчи (дисхолия), связанное с нарушением физико-химических свойств желчи. Причиной подобных изменений может быть также гиперсекреция желчи с повышенным содержанием холестерина. Высококалорийное питание с большим содержанием жира, холестерина, сахарозы в пище, нерациональное питание (потребление рафинированной пищи, содержащей мало клетчатки, которая выводит излишки холестерина), длительный прием лекарственных средств, способствующих сгущению желчи, воспалительные заболевания желчного пузыря способствуют образованию и формированию конкрементов. Известно, что при вегетарианском рационе ЖКБ встречается крайне редко.

Развитию камней способствует также инфекция. Чаще всего это условно-патогенная флора — кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, брюшно-тифозная палочка, простейшие микроорганизмы (лямблии). Желчь сама по себе обладает бактерицидным действием, но при изменении ее состава и особенно при ее застое бактерии могут проникать через желчный проток в желчный пузырь. Под влиянием инфекции происходит превращение холевой кислоты в литохолевую. В норме этот процесс протекает только в кишечнике. Если же бактерии проникают в желчный пузырь, то этот процесс развивается и в нем. Литохолевая кислота обладает повреждающим действием. Возникает воспаление стенки пузыря. К этим изменениям может добавиться инфекция. Дискинезия может проявляться в виде спастического сокращения желчного пузыря и в виде его атонии с застоем желчи. Вначале изменения могут носить чисто функциональный характер. Далее возникает не-

согласованность в функционировании желчного пузыря и сфинктеров, что связано с нарушением иннервации и гуморальной регуляции моторной функции желчного пузыря и желчных путей.

Нормальная регуляция функций желчного пузыря осуществляется за счет п. vagus (сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктеров) и симпатического нерва (сокращение сфинктеров, переполнение желчного пузыря). Гуморальная регуляция осуществляется двумя гормонами — холецистокинином и секретинном, которые вырабатываются в двенадцатиперстной кишке и действуют подобно п. vagus, тем самым оказывая регулирующее действие на желчный пузырь и желчевыводящие пути. Нарушение этого механизма наблюдается при вегетоневрозе, воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, нарушении ритма питания.

Концентрация желчи в пузыре в 10 раз больше, чем в печени. Нормальная желчь состоит из билирубина, холестерина (нерастворим в воде, поэтому, чтобы удержать его в растворенном состоянии в виде коллоида, необходимо наличие холатов), фосфолипидов, желчных кислот, пигментов и т. д. Если количество холестерина увеличивается, то он выпадает в осадок, тем самым способствуя образованию камней. Дисхолия способствует высокому содержанию холестерина (при сахарном диабете, ожирении, семейной гиперхолестеринемии), билирубина (при гемолитических анемиях и т. д.), жирных и желчных кислот. Большое значение имеет инфицирование желчи. Чаще всего встречается комбинация упомянутых факторов. Повреждающее действие литохолевой кислоты, когда она образуется в желчном пузыре вместо двенадцатиперстной кишки под влиянием инфекции, связано с изменением pH, выпадением солей кальция и т. д.

Под влиянием разных факторов риска гепатиты продуцируют в избыточном количестве холестерин, который экскретируется желчью (полагают, что выделение избытка холестерина в желчь генетически детерминировано). Что касается экскреции желчных кислот, то она либо снижается, либо повышается, но в значительно меньшей степени, чем экскреция холестерина. В результате желчь приобретает литогенные свойства. Литогенной желчь может становиться и при разных заболеваниях (гранулематозный илеит, склеродермия, избыточный рост патогенной микрофлоры) и/или после резекции подвздошной кишки (основного места всасывания желчных кислот), тяжелых холестатических гепатитах и циррозах печени. Основным механизмом

литогенеза в этих случаях — уменьшение всасывания и возврата в печень желчных кислот со снижением продукции и внутрипеченочной циркуляции желчи, содержащей относительно более высокий уровень холестерина.

Независимо от начального пускового фактора перенасыщение желчи холестерином приводит к его осаждению в виде микрокристаллов. Секретируемая эпителиальными клетками желчного пузыря слизь содержит муцин, который ускоряет процесс кристаллизации, является основой для образования своеобразного каркаса для микрокристаллов и формирования ядра будущего конкремента. Этому способствует также дефицит факторов, препятствующих нуклеации кристаллов холестерина. В просвете желчного пузыря формируется так называемый билиарный сладж, или сгусток желчи, состоящий из билирубината кальция, муцина и кристаллов холестерина. Его появлению способствуют внутрипузырный стаз желчи (редкие приемы пищи) на фоне нарушения сократительной функции желчного пузыря или его дискинезии. В этих условиях постепенно происходит агрегация и уплотнение (при участии слизи) микрокристаллов холестерина и образование конкрементов. Скорость роста конкрементов составляет в среднем около 1–2 мм/год.

Классификация конкрементов:

- холестериновые (образуются вследствие метаболических нарушений, состоят из скрепленных муцином плоских кристаллов холестерина и большей частью являются рентгеноотрицательными);
- бурые и черные пигментные (билирубиновые) — образуются вследствие гемолиза и состоят из пигментного полимера, фосфатных и карбонатных солей кальция, а потому достаточно плотные и нередко рентгенопозитивные. Причиной формирования бурых пигментных конкрементов является инфекция. В их структуру входят билирубинат кальция и кальциевые мыла (пальмитиновое и стеариновое).

Хolestериновые и черные пигментные конкременты могут образовываться как в желчном пузыре, так и в протоках, тогда как бурые формируются преимущественно в общем желчном протоке. У жителей Европы и Северной Америки чаще всего (в 85 % случаев) встречаются холестериновые конкременты.

Как и любое другое заболевание, ЖКБ во время беременности может сильно осложнить ее течение. Поэтому желательным в период планирования беременности пройти обследование и курс лечения.

Желчнокаменная болезнь у беременных протекает в виде следующих форм:

1. Болевая — с возникновением резкой, колющей боли в правом боку, правом плече и лопатке, спине. Эти ощущения называют печеночной (желчной) коликой. Шевеление плода в последние месяцы беременности может стать причиной появления болевых симптомов. Возникает колика после употребления жирной, острой пищи, которая вызывает сокращения желчного пузыря и передвижение камней по желчным путям. Это сопровождается тошнотой, изжогой, чувством горечи во рту, иногда — рвотой. Возможно появление желтизны кожных покровов при закупорке камнем общего желчного протока.

2. Торпидная (неактивная), когда боли не носят интенсивный характер. Женщина может периодически чувствовать тяжесть и дискомфорт в районе правого подреберья, тошноту, изжогу после еды. Многие не придают значения подобной симптоматике, считая подобные ощущения нормальным состоянием при беременности.

3. Безболевая форма, которая проявляется только диспепсическими явлениями: горечью во рту, тошнотой, рвотой, что также обычно списывают на беременность.

4. Бессимптомная (скрытая) форма. ЖКБ может протекать и без какой-либо симптоматики, о наличии камней узнают при инструментальных исследованиях, в частности при ультразвуковом исследовании желчного пузыря.

Клинические проявления ЖКБ:

- холецистокардиальный синдром — проявляется болями в области сердца, появление которых связано с висцеро-висцеральным рефлексом по вагусу. Боль локализуется в области верхушки сердца, больной показывает их локализацию одним пальцем. Длительные, ноющие болевые ощущения могут носить приступообразный характер. (На ЭКГ возможны отрицательные волны R в правых грудных и в III стандартном отведении. Иногда наблюдаются нарушения ритма по типу бигемении, тригемении.) Для распознавания заболевания важно учитывать связь с едой: сначала боли могут появиться в правом подреберье, а лишь затем в области сердца;

- артралгический синдром. В этом случае у больной предполагают заболевания суставов, однако при тщательном обследовании признаков воспаления не обнаруживают;

- аллергический синдром. Отмечается непереносимость некоторых пищевых продуктов, особенно молока, некоторых лекарств. Изменения со стороны крови — склонность к эозинофилии. При обострениях и присоединении дру-

гой инфекции возникает нейтрофильный лейкоцитоз;

- неврастенический синдром — эмоциональная лабильность, тревожность, нервозность;

- солярный синдром. Одно из клинических проявлений ЖКБ, которое развивается примерно у 60 % пациентов. Этот синдром объясняют длительной ирритацией солнечного сплетения. Он проявляется в виде так называемой солярной боли.

Очень важно клиницисту знать особенности клинических проявлений патологии желчевыводящей системы у беременных, так как незнание масок холецистита и ЖКБ ведет к гиподиагностике этих заболеваний, а значит, к несвоевременному и неадекватному лечению. Это не только снижает качество жизни пациентки, но и ставит под угрозу здоровье, а порой и жизнь как матери, так и ее будущего ребенка.

Объективный статус в случае неосложненного течения ЖКБ страдает мало. Язык обложен белым или коричневым налетом. Определяется болезненность при пальпации пузырных точек. Положительные симптомы:

- Кера: болезненность при пальпации желчного пузыря в положении стоя;

- на вдохе — Мерфи: то же самое, но в положении сидя;

- Мюсси: болезненность между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

- Лепене: болезненность при поколачивании по правому подреберью;

- Френикус — симптом Лидского: понижение сопротивляемости тканей брюшной стенки при пальпации в правом подреберье.

Однако часто эти симптомы отрицательны при сопутствующем ожирении и беременности из-за высокого стояния диафрагмы. Увеличение желчного пузыря в целом встречается достаточно редко, но имеет место при наличии вентильного камня. Чаще всего желчный пузырь сморщен, уменьшен в объеме, спаян с соседними органами, при этом могут возникать воспалительные процессы с вовлечением брюшины и печени.

У беременных ЖКБ протекает преимущественно бессимптомно и обнаруживается при плановом проведении ультразвукового исследования желчного пузыря. Такое проявление заболевания, при правильном его лечении, зачастую не оказывает негативного влияния на ход беременности. В отдельных случаях неадекватное и несвоевременное лечение заболевания может приводить к перинатальной смертности. В случае бессимптомного течения ЖКБ беременным рекомендуют лишь ограничить употребление жирной

пищи и назначают прием препаратов, способствующих оттоку и выводу желчи из организма.

Наиболее частое осложнение — острый или хронический холецистит. Клиническая картина в таком случае более выражена, сопровождается острой болью и характерными диспепсическими жалобами, которые нельзя объяснить беременностью. Также достаточно часто встречается сопутствующий холангит. При этих осложнениях у беременной пациентки наблюдают лихорадку, воспалительные изменения в общем анализе крови.

Основной метод диагностики ЖКБ независимо от возраста и пола — ультразвуковое исследование, которое позволяет уточнить анатомо-топографическое состояние желчного пузыря и протоков (размеры, форма, деформация, перетяжки и т.п.), оценить толщину их стенок, выявить в просвете конкременты (количество, размеры, подвижность, наличие акустической тени) и/или эхоконтрастную взвесь. Минимальный размер конкрементов в желчном пузыре, при котором можно определить дистальную акустическую тень, — 3–5 мм.

Традиционно для проведения литолитической терапии ЖКБ используют препараты урсодезоксихолевой кислоты в дозе 10 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 6–18–24 мес. Пероральный медикаментозный литолиз препаратами желчных кислот (при наличии холестериновых рентгеногегативных конкрементов, общий размер которых не превышает 15 мм, при сохраненной сократительной функции желчного пузыря) доступен не более чем у 20 % больных. Однако подобная терапия, а также терапия с применением ударноволновой литотрипсии, вызывающей дробление конкрементов, может неблагоприятно сказаться на развитии и формировании плода, потому по отношению к беременным такой вид терапевтического лечения неприменим.

Немедикаментозное лечение заключается в соблюдении диеты (исключение жирной и острой пищи, копченостей). Не рекомендуются жареные блюда, грубая пища, алкоголь, кофе. В качестве желчегонных средств используют отвары лекарственных растений (шиповника, мяты, бессмертника, кукурузных рылец, семян укропа, корня барбариса). При печеночной колике полезна ходьба босиком, при которой раздражаются активные точки на стопе, отвечающие за расслабление желчного пузыря.

Лечение ЖКБ во время беременности народными средствами не только не рекомендуется, но и категорически запрещено! Камни в желч-

ном протоке — само по себе явление опасное, а с учетом того, что многие травы нельзя принимать во время беременности, такое «народное» лечение может привести к плачевным последствиям.

Медикаментозное лечение (исключительно по назначению врача) включает:

- анальгезирующие и спазмолитические препараты, снимающие спазм желчевыводящих путей, которые можно назначать эпизодически при сильных болях. Дозы и кратность приема медикаментов строго определяются врачом в каждом индивидуальном случае;
- при присоединении воспалительных процессов желчного пузыря назначают антибактериальные средства. Их выбор зависит от срока, особенностей протекания беременности, наличия противопоказаний;
- препараты для нормализации моторики желудочно-кишечного тракта, которые облегчают тошноту и снимают рвотные позывы.

Рассмотрим механизм развития болевого синдрома при ЖКБ. Сокращение гладкой мускулатуры ЖКТ возникает при стимуляции ацетилхолином мускариновых рецепторов на поверхности мышечной клетки. Это приводит к открытию натриевых каналов и проникновению ионов Na^+ в клетку. Возникающая деполяризация клетки в свою очередь способствует открытию кальциевых каналов и проникновению ионов Ca^{2+} в клетку. Увеличившийся внутриклеточный уровень ионов Ca^{2+} способствует фосфорилированию миозина и, соответственно, сокращению мышцы, возникновению мышечного спазма, что вызывает появление болей. В свою очередь симпатические импульсы вызывают выход ионов K^+ из клетки и ионов Ca^{2+} из кальциевого депо, закрытие кальциевых каналов и расслабление мышцы. В регуляции транспорта ионов Ca^{2+} участвуют нейрогенные медиаторы: ацетилхолин, катехоламины (норадреналин), серотонин, холецистокинин, мотилин и др.

С учетом упомянутого механизма, который лежит в основе формирования боли при ЖКБ, а именно, чрезмерное сокращение гладкой мускулатуры стенки желчного пузыря и желчевыводящих путей, целесообразным является применение антиспазматических средств. В настоящее время для купирования болевого синдрома используют релаксанты гладкой мускулатуры.

Выбор спазмолитика при лечении ЖКБ во время беременности определяется спектром его свойств:

- отсутствие негативного действия на развивающийся плод;
- выраженное спазмолитическое действие;

- быстрое достижение эффекта;
- отсутствие рефлекторной гипотонии;
- селективное действие только на гладкомышечные клетки ЖКТ;
- отсутствие холинергических эффектов.

Всеми этими свойствами и особой тропностью к мышечной ткани желчного пузыря обладает мебеверина гидрохлорид — миотропный спазмолитик с селективным действием на гладкие мышцы желудочно-кишечного тракта. Препарат устраняет спазм, не влияя на нормальную перистальтику кишечника. Мебеверина гидрохлорид применяют для лечения больных с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, которые сопровождаются болью спастического характера, а также при вторичных спазмах в результате органических заболеваний органов пищеварения. В терапевтических дозах мебеверин блокирует натриевые каналы мембран гладкомышечных клеток, предотвращает попадание ионов Na^+ в клетку и спазм гладких мышц внутренних органов. В отличие от холинолитических средств мебеверин не действует на М-холинорецепторы и не вызывает характерных для спазмолитических средств с М-холиноблокирующим действием побочных эффектов (ощущение сухости во рту, нарушение зрения, задержка мочеиспускания), что позволяет применять его у пациентов с гипертрофией предстательной железы или глаукомой. Применение мебеверина не сопровождается развитием рефлекторной гипотонии кишечника. При приеме внутрь подвергается пресистемному гидролизу и не определяется в плазме крови. Метаболизируется в печени до вератровой кислоты и мебеверинового спирта. Выводится преимущественно почками в виде соответствующих карбоксильной и диметилкарбоксильной кислот, в небольших количествах — с желчью.

Препарат обладает избирательным релаксирующим действием на сфинктер Одди (эффективнее папаверина в 20—40 раз), оказывает нормализующее действие на функцию кишечника: сохраняет нормальную перистальтику кишечника после подавления гипермоторики и спазма, стимулирует процессы желчеотделения и нормализует моторную функцию билиарного тракта. Не имеет ограничений в применении (как при запорах, так и при диарее). Наш собственный опыт применения мебеверина («Меверин», корпорация «Артериум») свидетельствует о высокой эффективности препарата в отношении купирования болевого синдрома у больных с дискинезией желчевыводящих путей и ЖКБ. Препарат хорошо переносится пациентами, не вызывает серьезных побочных эффектов.

Использование желчегонных средств при ЖКБ противопоказано, так как их назначение может спровоцировать окклюзию желчевыводящего протока, что может привести к его разрыву и развитию перитонита.

При бессимптомном течении ЖКБ наиболее оправдана выжидательная тактика в случае, если размер камней превышает 1 см. Показанием к хирургическому лечению ЖКБ являются множественные камни желчного пузыря размером менее 1 см, частые приступы желчной колики, механическая желтуха, вызванная камнями в желчном протоке. При хирургическом лечении чаще всего выполняют лапароскопическое удаление желчного пузыря. Удаление камней с оставлением пузыря не рекомендуют из-за высокого риска повторного образования камней.

Основой профилактики ЖКБ является рациональное питание: снижение содержания в рационе холестерина (как основного компонента желчных камней), контроль за составом рациона и режимом питания, набором лишнего веса. Беременная женщина должна отказаться от продуктов с высоким содержанием холестерина (субпродукты, яйца, икра, жирное мясо, молокопродукты с повышенным содержанием жира (сливки, сметана)). В рационе питания необходимо отдавать предпочтение овощам и фруктам, содержащим пектины (яблоки, морковь, тыква) и растительную клетчатку (помидоры, персики, кабачки, капуста, хлеб с отрубями). Эти вещества влияют на обмен холестерина. Принимать пищу необходимо часто и небольшими порциями, так как каждый прием пищи — это выброс желчи и профилактика ее застоя. Также следует употреблять достаточное количество жидкости (слабощелочной воды без газа, компоты из сухофруктов, отвар из шиповника и т. д.).

Таким образом, клиника ЖКБ довольно многообразна и, как было показано, может скрываться под масками разных патологических состояний, поэтому врач не должен забывать о таком коварном заболевании, как калькулезный холецистит. К осложнениям ЖКБ относятся: механическая желтуха, деструктивный холецистит, острый холангит, перфорация, водянка, эмпиема желчного пузыря, желчный перитонит, желчно-кишечные свищи, желчнокаменная кишечная непроходимость, билиарный панкреатит, стенозирующий папиллит, синдром Мирицци, рак желчного пузыря, вторичный билиарный цирроз печени. Своевременная диагностика и адекватное лечение ЖКБ позволит предупредить развитие грозных осложнений этого заболевания, сохранить здоровье и жизнь пациенту.

Список літератури

1. Чаплыгина А.В. Использование ультразвукового метода исследования для оценки нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ у больных холелитиазом // Вестн. клин. больницы № 51: Матер. науч.-практ. конф. хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии». — 2013. — № 5 (2). — С. 87—88.
2. Чаплыгина А.В., Черданцев Д.В., Филистович В.Г. Диагностика и коррекция нарушений моторики желудка и

ДПК при калькулезном холецистите // Вестн. клин. больницы № 51. Матер. науч.-практ. конф. хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии». — 2013. — № 5 (2). — С. 88—89.

3. Диагностика и лечение моторно-эвакуаторных нарушений пищеварительного тракта при холелитиазе: Метод. рекоменд. для врачей, клинических ординаторов и интернов / Сост. Д.В. Черданцев, А.В. Чаплыгина, В.Г. Филистович. — Красноярск: КСБ, 2013. — 48 с.

Г.Д. Фадєєнко, В.М. Чернова

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Жовчнокам'яна хвороба: механізми розвитку, підходи до терапії

Представлено дані щодо поширення та чинників ризику розвитку жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у пацієнток у період вагітності. Показано, що основними провокувальними чинниками ЖКХ у вагітних є гормони — естроген і прогестерон. Висвітлено клінічні маски ЖКХ і головні клінічні симптоми цього захворювання. Розглянуто механізм розвитку больового синдрому при ЖКХ. Як патогенетичну терапію запропоновано міотропний спазмолітик мебеверин. Наведено вимоги до спазмолітиків, якими слід керуватися при виборі препарату для лікування ЖКХ у період вагітності. Діагноз ЖКХ у хворих встановлюють за допомогою ультразвукового дослідження жовчного міхура. Урахування сукупності клінічних виявів, лабораторних даних, результатів ультразвукового дослідження та правильний вибір спазмолітика поліпшують діагностику та результати лікування ЖКХ у вагітних.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, вагітність, мебеверин.

G. D. Fadiienko, V. M. Chernova

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The gallstone disease: mechanisms of development, approaches to the treatment

The paper presents data on the prevalence and risk factors for gallstone disease (GSD) in patients during pregnancy. It has been shown that hormones, estrogen and progesterone, proved to be the main triggers of cholelithiasis in pregnant women. The clinical GSD masks and the main clinical symptoms of the disease have been elucidated. The mechanism of the pain syndrome development at GSD has been considered, and myotropic spasmolytic mebeverine has been proposed as an agent for pathogenetic therapy. The authors present the requirements for spasmolytics, which should guide the choice of drugs used during pregnancy to treat cholelithiasis. The method of diagnosis of gallstone disease is ultrasound examination of the gall bladder. The account of the aggregate of the clinical manifestations, laboratory data, results of ultrasonic investigations and correct spasmolytic choice result in the improvement of the diagnosis and treatment of the GSD in pregnant women.

Key words: gallstone disease, pregnancy, mebeverine. □

Контактна інформація

Фадєєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., директор Національного інституту терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
61039, м. Харків, просп. Постишева, 2а
Тел. (57) 373-90-32. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 10 вересня 2015 р.