



## КЛИНИКО - ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БЕРЕМЕННЫХ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

*Каримов А.Х., Эгамова С.Н.*

Ташкентская медицинская академия

✓ *Резюме*

*Изучены клинично – эхографические характеристики течения беременности у 130 женщин с заболеванием желчного пузыря. С целью ранней диагностики, уточнения прогноза, оценки и профилактики билиарного сладжа беременные группы риска по сладжеобразованию нуждаются в проведении дополнительных методов обследования. С учетом бессимптомного течения билиарного сладжа у каждой третьей беременной необходимо проводить скрининговое эхографическое исследование желчного пузыря в каждом триместре беременности и после родов.*

*Ключевые слова: эхография, беременные, желчный пузырь.*

## HOMILADOR AYOLLARDA O'T PUFAGINING KLINIK VA EHOGRAFIK KO'RSATKICHLARI

*Karimov A.X., Egamova S.N.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi. Akusherlik va ginekologiya kafedrası №2.

✓ *Rezyume*

*O't pufagi kasalligi bilan og'rigan 130 nafar ayolda homiladorlik jarayonining klinik va ekografik xususiyatlari o'rganildi. Biliar sladjni baholash, erta tashxis qo'yish, oldini olish uchun xavf guruhida bo'lgan homiladorlar qo'shimcha tekshirish usullariga muhtoj. Har uchinchi homilador ayolda biliar sladj asimptomatik kechishini hisobga olgan holda, homiladorlikning har bir trimestrida va tug'ilgandan keyin o't pufagining skrining ekografik tekshiruvini o'tkazish kerak.*

*Kalit so'zlar: exografiya, homilador ayol, o't pufagi*

## CLINICAL AND SONOGRAPHIC INDICATORS OF THE GALLBLADDER IN PREGNANT WOMEN WITH BILIARY SLUDGE

*Karimov A.Kh., Egamova S.N.*

Tashkent Medical Academy

✓ *Rezume*

*The clinical and echographic characteristics of the course of pregnancy in 130 women with gallbladder disease were studied. For the purpose of early diagnosis, clarification of the prognosis, assessment and prevention of biliary sludge, pregnant risk groups for sludge formation need additional examination methods.*

*Taking into account the asymptomatic course of biliary sludge in every third pregnant woman, it is necessary to conduct a screening echographic examination of the gallbladder in each trimester of pregnancy and after childbirth.*

*Key words: echography, pregnant women, gallbladder.*

### Актуальность

Несмотря на известные факторы риска развития желудочно - кишечных болезней (ЖКБ) у беременных женщин, отмечается их недооценка в период гестации и в большинстве случаев заболевание диагностируется при клинической манифестации конкрементов или является случайной находкой при ультразвуковом исследовании желчного пузыря (ЖП) женщины в течение гестации и в послеродовой период. Основной причиной, приводящей к развитию БС, является перенасыщение желчи холестерином, в результате она приобретает литогенные свойства. Во время беременности организм женщины выходит на новый физиологический уровень. Увеличивается продукция эстрогенов, прогестиннов, инсулина, тиреотропного гормона и тироксина, что коррелирует с образованием конкрементов в ЖП (1,2,3,4). Одним из важных аргументов, позволяющих расценивать билиарный сладж (БС) как начальную стадию формирования желчных камней, является тот факт, что со временем у 8-20% больных с БС образуются конкременты. Исследования показывают, что примерно у 25-30% женщин во время беременности образуется БС в желчном пузыре, а в 2-5% случаев формируются желчные камни. После родов в течение 5-6 месяцев у 60-80% из них сладж спонтанно исчезает, а у 20-30% происходит самостоятельное растворение и желчных камней (5,6).

**Цель исследований:** Изучить клинические и эхографические показатели желчного пузыря у беременных с билиарным сладжем.

### Материал и методы

Исследование проводилось с 2019 по 2022 год у беременных женщин на различных сроках гестации получавшие лечение в ОПБ и гинекологическом отделении родильного комплекса многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии (ТМА). Всего обследовано 160 беременных женщин в разные сроки гестации, которые были разделены на:

I - основная группа в которую вошли 130 беременных с билиарным сладжем, которые были разделены по срокам гестации: 20 (15,4 %) беременных находилось в I триместре (до 12 недель), 49 (37,2 %) беременных во II триместре (13-27 недель) и 61 (46,9 %) в III триместре беременности (28-40 недель).

II - контрольная группа состоящая из 30 беременных практически здоровых без билиарного сладжа. Критерием отбора для проспективного исследования служило клинически и инструментально подтвержденное наличие хронического заболевания желчного пузыря и билиарного сладжа, при одноплодной беременности, которые находились под наблюдением в клинике Ташкентской медицинской академии.

### Результат и обсуждения

В ходе обследования беременных с БС было выявлено латентное течение сладжа у каждой третьей женщины - 39 (30%) (см. рисунок 1)



*Рисунок 1. Клинические проявления билиарного сладжа у беременных*

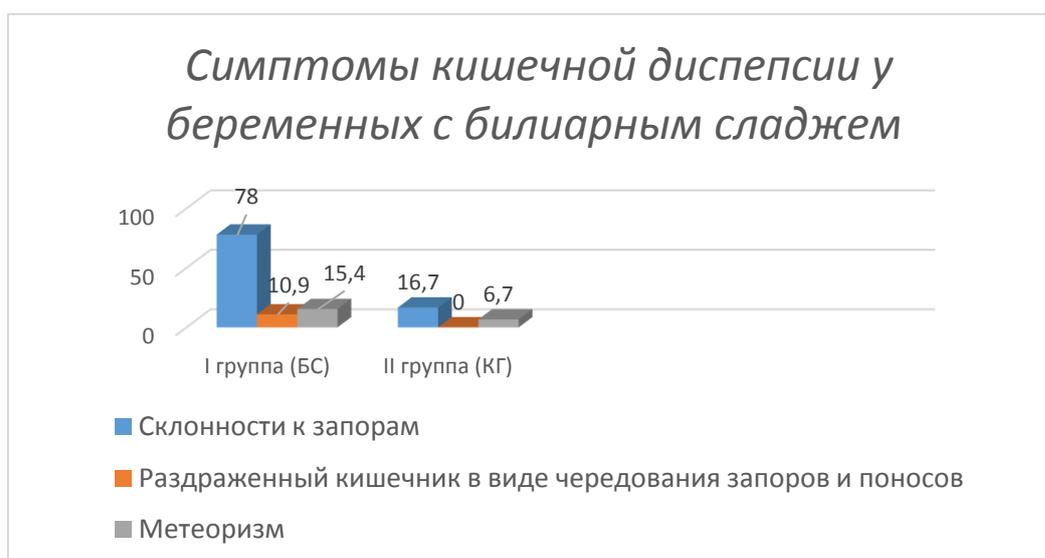
Наличие клинической симптоматики БС у беременных было зарегистрировано в 91 (70%), причем, у 10(11%) женщин клиническая картина сладжа проявлялась в виде моносимптомов билиарной диспепсии (БД) или кишечной диспепсии (КД), а в большинстве случаев - их сочетанием (билиарной и кишечной диспепсии) с преобладание первой. В КГ симптомы билиарной и кишечной диспепсии выявлялись в виде моносимптома у 10 (33,3%) случаях и у 7 (23,3%) случаях соответственно.

Симптомы у беременных со сладжем преимущественно проявлялись изжогой 75(82,4%) по сравнению контрольной группы у 5 (6,7%), невыраженным болевым синдромом в эпигастральной области и в правом подреберье 33(36,3%) связанные с приемом пищи. Явления дискомфорта в правом подреберье сопровождалась горечью во рту у 20(22%) отрыжкой у 15(16,5%) и непереносимостью жирной пищи у 17(18,7%), которые достоверно чаще встречались на фоне сладжа.



**Рисунок 2. Симптомы билиарной диспепсии у беременных с билиарным сладжем.**

Среди признаков кишечной дисфункции (КД) у беременных с БС преобладало нарушение стула в виде склонности к запорам у 71 (78%) случаев по сравнению с контроле у которых выявлено у 5(16,7%). Раздраженный кишечник в виде чередования запоров и поносов выявлялся у 10 (10,9%) женщин, данный признак отсутствовал у беременных контрольной группы (КГ). Метеоризм встречался у 14 (15,4%) женщин основной группы, тогда как в контрольной группе было выявлено у 2 (6,7%).



**Рисунок 3.**

По клиническому проявлению БС среднее число симптомов, приходящееся на 1 беременную в группе женщин с БС, составило 2,8 что в 4 раза превышает данный показатель в КГ - 0,7 (табл. 1).

**Таблица 1. Клинические проявления сладжа у беременных билиарного сладжа и контрольной группы**

Жалобы	БС(п=91)		КГ (п=30)	
	абс.	%	абс.	%
Изжога	75*	82,4	5	16,7
Горечь во рту	20	22,0	-	-
Отрыжка	15	16,5	1	3,3
Непереносимость жирной пищи	17	18,7	3	10,0
Периодические боли в эпигастральной области	8	8,8	1	3,3
Боль или ощущение дискомфорта в области правого подреберья различной интенсивности и продолжительности	25	27,5	-	-
Нарушение стула: запор	71*	78	5	16,7
Чередование запора и поноса	10	10,9	-	-
Метеоризм	14	15,4	2	6,7
Среднее число симптомов, приходящее на 1 беременную	2,8		0,7	

**Таблица 2. Клиническое проявление билиарного сладжа у беременных по триместрам**

п=91	I триместр п=20		II триместр п=49		III триместр п=61	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изжога	16	17,6	16	17,6	43	47,2
Горечь во рту	5	5,5	5	5,5	10	10,9
Отрыжка	3	3,3	5	5,5	7	7,7
Непереносимость жирной пищи	7	7,7	5	5,5	5	5,5
Боль или ощущение дискомфорта в области правого подреберья различной интенсивности и продолжительности	2	2,2	8	8,8	23	25,2
Нарушение стула: запор	5	5,5	24	26,3	42	46,1
Чередование запора и поноса	3	3,3	3	3,3	4	4,4
Метеоризм	2	2,2	2	2,2	10	10,9
Тошнота, рвота	18	19,7	24	26,3	24	25,2

Клиническая симптоматика проявлялась преимущественно в III триместре беременности. В том случае, если сладж манифестировал в I триместре, риск камнеобразования в период гестации увеличивался до 3%. Симптомы у беременных в III триместре преимущественно проявлялись изжогой у 43(47,2%), дискомфорт в правом подреберье у 23(25,2%), горечь во рту у 10(10,9%), тогда как эти показатели 2 раза ниже в I и II триместре. Нарушение стула в виде склонности к запорам у 42(46,1%) и метеоризм у 10(10,9%) проявлялась преимущественно в III триместре беременности 2-3 раза больше по сравнению I и II триместрах. Для оценки изменений структуры гепатобилиарной системы и функции желчного пузыря проводились их эхографические исследования у беременных исследуемых групп. При проведении УЗИ печени у беременных обеих групп изменений положения, величины, формы, контуров, структуры печени выявлено не было.

Проведенное УЗИ выявило сочетание БС с анатомическими аномалиями ЖП в виде деформации тела ЖП у 14 (10,8%), тогда как в контрольной группе встречался у 1 (3,3%). При БС у 41 (31,5%) было выявлено достоверное увеличение объема ЖП до 60 мл, что сопровождалось достоверным снижением его сократительной способности на 21% и клинически проявлялось признаками гипотонической дискинезии ЖП, более выраженной при сочетании БС с холестерозом ЖП, преимущественно в III триместре гестации, что могло быть связано с изменениями самой стенки ЖП в результате ее липидной инфильтрации на фоне гиперхолестеринемии и влияния половых гормонов в период гестации.

**Таблица 3. Результаты ультразвукового исследования желчного пузыря у беременных с билиарным спаджем**

Эхографические показатели	КГ(n=30)		БС (n=130)	
	абс.	%	абс.	%
Деформация ЖП	1	3,3	14*	10,8
Неоднородная структура стенки ЖП	-	-	30	23,0
Объем желчного пузыря				
40-59 мл	14	46,7	89	68,5
60 мл и более	4	13,3	41*	31,5
менее 40 мл	12	40	-	-
Содержимое желчного пузыря				
однородное	30	100,0	-	-
неоднородное	-	-	130*	100,0

Толщина стенок желчного пузыря у беременных с БС и в контроле не превышала 3 мм, но изменение ее эхоструктуры было выявлено у 30 (23%). Диффузное неравномерное уплотнение стенки ЖП у беременных с БС рассматривалось нами в качестве признаков сетчатой формы холестероза ЖП у 19 (14,6%). Также в ЖП были выявлены пристеночные образования размером до 2-4 мм, не дающие акустической тени, что позволило диагностировать у 11 (8,5%) случаях полипозную форму холестероза ЖП. (рисунок 4).



**Рисунок 4. Структура стенки желчного пузыря пр БС.**

Всем беременным исследуемых групп проводилось биохимические исследования сыворотки крови, отражающие функциональное состояние печени у беременных с БС и КГ. Показатели общего белка, общего билирубина, АЛТ, АСТ, амилазы, щелочной фосфатазы в сыворотках крови женщин сравниваемых групп были в пределах нормы. Статистически значимых различий в исследуемых группах выявлено не было.

Комплексная оценка прогностических значимых факторов риска образования БС основывалась на изучении анамнеза, соматической и генитальной патологии у беременных основной и контрольной группы.

Оценка риска развития БС у беременных основывалась на подсчете среднего числа постоянных и временных факторов, приходящихся на одну беременную. Женщины, имевшие 3 и более фактора, были отнесены к группе риска по развитию БС в период гестации. Проведенный анализ выявил, что в среднем на 1 беременную с БС приходится 3,1 фактора риска (в контроле - 1,3). Постоянными факторами неподлежащими изменениям являлись возраст и наследственность. Возраст беременных с БС колебался от 17 до 40 лет, средний возраст составил  $33,02 \pm 4,81$  года.

Было установлено, что с увеличением возраста частота встречаемости БС у беременных достоверно возрастала, составляя максимум в возрастной группе от 30-39 лет - у 59 (45,4%), минимум - в возрасте 17-19 лет у 29 (22,3%), что согласуется с данными литературы. В ходе изучения наследственности у беременных с БС было выявлено, что заболевания желчевыводящих путей (ЗЖВП) у родственников встречались в 2,5 раза чаще у исследованных и была выявлена у 23 (17,7%) тогда как в контрольной группе было у 2 (6,7%).



Рисунок 5.

У беременных с БС преобладали временные факторы риска такие как несбалансированное питание, использование диет для похудения, заболевание ЖКТ, лекарственные препараты, в анамнезе 4 и более беременностей в анамнезе, нарушение менструального цикла, отягощенный акушерский анамнез, вредные привычки. Среди них первое место занимали заболевания органов системы пищеварения, которые были у 96 (73,9%) по сравнению с контролем - 8 (26,7%) с преобладанием патологии гастродуоденальной зоны в виде хронического гастрита 39 (30%), язвенной болезни 12-перстной кишки 12 (9,2%), хронического панкреатита 24 (18,5%) и синдрома раздраженного кишечника 55 (42,3%) с нарушением стула в виде склонность к запору. Изучая состояние ЖКТ, нами выявлено, что заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у беременных с БС сочетались с избыточной массой тела у 17 (13,1%) и ожирением I-II степени у 20 (15,3%) тогда как в контрольной группе этот показатель был только у одной (3,3%). Дефицит же массы тела имели только 2 (1,5%) беременные с БС при отсутствии их в контроле. Изучая показатели ИМТ у обследованных, выявлено, что наибольший избыточный массы тела как в контрольной, так и в основной группе начинается с 25 и выше, которые возможно связаны с неправильным образом жизни и питанием.

Таблица 4. Индекс массы тела у беременных с различными формами билиарного сладжа

ИМТ кг/м <sup>2</sup>	КГ группа(n=30)		БС(n=130)	
	Абс.	%	Абс.	%
Менее 18,5	-	-	2	1,5
18,5-24	28	93,3	91	70
25-29,9	1	3,3	17	13,1
30-34,9	1	3,3	14	10,7
35-39,9	-	-	6	4,6

**Таблица 5. Экстрагенитальная патология у беременных с билиарным сладжем**

Нозология	КГ (n=30)		БС (n=130)	
	абс.	%	абс.	%
Болезни желудочно-кишечного тракта	8	26,7	96*	73,9
Болезни сердечно-сосудистой системы	5	16,7	41	31,5
Болезни почек и мочевыделительной системы	2	6,7	39*	30,0
Болезни эндокринной системы	1	3,3	30*	23,1
Анемия	2	6,7	21*	16,2
Варикозной болезни нижних конечностей	1	3,3	15	11,5

Анамнез собранной соматической патологии показал, что значительное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы у 41 (31,5%) а в контрольной группе у 5 (16,7%). Варикозной болезни нижних конечностей встречалась у 15(11,5%) в основной группе, тогда как в контрольной группе лишь у одной (3,3%). Нейроциркуляторная дистония была у 30 (23%). В 2,4 раза чаще в группе беременных с БС отмечалась хроническая железодефицитная анемия которая была 21(16,2%) по сравнению с контрольной группой - 2 (6,7%). В равной степени беременные с БС страдали заболеваниями мочевыделительной системы 39(30%) тогда как в контрольной группе было у 2 (6,7%). Из заболеваний эндокринной системы чаще встречались эндемическим зоб 10 (33,3%), в КГ – 1 (3,3%), ожирение в 20 (66,7%) в сочетании с гипотиреозом у 4 (13,3%) случаях.

Изучая анамнез приема антибактериальных препаратов при заболеваниях ЖКТ было установлено, что беременные с БС значительно чаще принимали 55 (42,6%), а в контрольной группе 17 (13,3%).

Значимыми факторами, способствующими образованию сладжа у женщин в период гестации, являлись наличие в анамнезе многократных беременностей (4 и более) и родов, отягощенный акушерский анамнез и наличие генитальных заболеваний. Проведенный анализ паритета беременности показал, что среднее число беременностей и родов, приходящееся на 1 женщину с БС в 1,7 и 2,1 раза соответственно превышает указанный показатель в КГ.

### Выводы

С целью ранней диагностики, уточнения прогноза, оценки и профилактики билиарного сладжа беременные группы риска по сладжеобразованию нуждаются в проведении дополнительных методов обследования. С учетом бессимптомного течения билиарного сладжа у каждой третьей беременной необходимо проводить скрининговое эхографическое исследование желчного пузыря в каждом триместре беременности и после родов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Григорьева И.Н. Основные факторы риска желчнокаменной болезни // "Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии". - 2007. - № 6. - С. 17-21.
2. Петухов, В.А. Беременность, желчный пузырь и липидный дистресс - синдром: диагностика и принципы лечения / В.А. Петухов, А.Е. Травкин, Л.А. Стернина // Гинекология. - 2005. - № 2. - С. 76-79.
3. Пулатов, Д.И. Моторно - эвакуаторная функция желчного пузыря у больных с билиарным сладжем / Д.И. Пулатов, М.М. Гиясов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - № 5: Материалы 15-й Российской Гастронедели. - С. 113.
4. Сереброва, СЮ. Внешнесекреторная недостаточность у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей / СЮ. Сереброва // Русский мед. журнал. - 2010. - № 28. - С. 1757.
5. Dekker R.R., Schutte J.M., Ekelenburg J. [et al.] Maternal mortality and severe maternal morbidity from acute fatty liver of pregnancy in the Netherlands // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2011. - Vol. 157, № 1. - P. 27-31.
6. Papadakis E.P. Acute pancreatitis in pregnancy / E.P.Papadakis [et al.] //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2011. - 159 (2). - P.261-266.

**Поступила 09.06.2022**