



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**10 (60) 2023**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотоВА  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
ХАСАНОВА Д.А.  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN  
MUSLUMOV (Azerbaijan) Prof. Dr.  
DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (60)**

**2023**

*октябрь*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.366-003.7-089.879

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У БЕРЕМЕННЫХ: ДИАГНОСТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Обидов И.У. <https://orcid.org/0009-0003-9205-294X>

Султанов А.Р. <https://orcid.org/0009-0002-7910-1850>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи  
Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159,  
тел: +998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Резюме

*Желчнокаменная болезнь, часто проявляется у беременных вследствие физиологических изменений, многогранного взаимодействия факторов, изменяющих состав желчи и кристаллизации веществ, способствующих образованию камней. Повышенный уровень эстрогена во время беременности увеличивает секрецию холестерина в желчи, а прогестерон замедляет опорожнение желчного пузыря, что приводит к предрасположенности к образованию камней в желчном пузыре. С диагностической точки зрения УЗИ остается золотым стандартом, поскольку оно неинвазивно и без радиации. Наличие камней в желчном пузыре может спровоцировать такие осложнения, как холецистит, панкреатит или холангит, создавая риск как для матери, так и для плода. При наличии симптомов лечение различаются на консервативное лечение, которое включает корректировку диеты и облегчение боли. Однако в случае возникновения осложнений можно рассмотреть возможность лапароскопической холецистэктомии — минимально инвазивной хирургической процедуры. Время операции, предпочтительно во втором триместре, имеет решающее значение для минимизации рисков для плода. Тщательный мониторинг и междисциплинарный подход необходимы для лечения желчнокаменной болезни во время беременности.*

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, Беременность, Гормональные изменения, Физиологические изменения, Осложнения, Диетические модификации

## GALLSTONE DISEASE IN PREGNANT WOMEN: DIAGNOSIS, COMPLICATIONS AND TREATMENT

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Obidov I.U. <https://orcid.org/0009-0003-9205-294X>

Sultanov A.R. <https://orcid.org/0009-0002-7910-1850>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1  
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan,  
Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020  
E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Resume

*Gallstone disease often manifests in pregnant women due to physiological changes, a multifaceted interplay of factors that alter bile composition, and the crystallization of substances that promote stone formation. The increased level of estrogen during pregnancy enhances the secretion of cholesterol in bile, while progesterone slows down the emptying of the gallbladder, leading to a predisposition to the formation of stones in the gallbladder. From a diagnostic point of view,*

*ultrasonography remains the gold standard since it is non-invasive and without radiation. The presence of stones in the gallbladder can trigger complications such as cholecystitis, pancreatitis, or cholangitis, posing a risk for both the mother and the fetus. In the presence of symptoms, treatments vary from conservative treatment, which includes dietary adjustment and pain relief. However, in case complications arise, the possibility of laparoscopic cholecystectomy a minimally invasive surgical procedure can be considered. The timing of the surgery, preferably in the second trimester, is crucial to minimize risks to the fetus. Thorough monitoring and an interdisciplinary approach are essential for treating gallstone disease during pregnancy.*

*Keywords: Gallstone disease, Pregnancy, Hormonal changes, Physiological changes, Complications, Dietary modifications.*

## HOMILADOR AYOLLAR O`T TOSH KASALLIGI: TASHXIS, ASORATLAR VA DAVOLASH

Abidov O`.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Obidov I.O`. <https://orcid.org/0009-0003-9205-294X>

Sultanov A.R. <https://orcid.org/0009-0002-7910-1850>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O`zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

O`zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko`ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020

E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ *Rezyume*

*O't toshlari kasalligi ko'pincha homilador ayollarda fiziologik o'zgarishlar, safro tarkibini o'zgartiruvchi omillarning ko'p qirrali o'zaro ta'siri va toshlarning shakllanishiga yordam beruvchi moddalarning kristallanishi tufayli namoyon bo'ladi. Homiladorlik davrida estrogen darajasining oshishi xolesterinning safroga sekretsiasini oshiradi, progesteron esa o't pufagining bo'shalishini sekinlashtiradi, bu esa o't pufagida tosh paydo bo'lishiga moyil bo'lishiga olib keladi. Diagnostik nuqtai nazardan, ultratovush oltin standart bo'lib qolmoqda, chunki u invaziv bo'lmagan va radiatsiyasiz. O't pufagidagi toshlarning mavjudligi xoletsistit, pankreatit yoki xolangit kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin, bu ona va homila uchun xavf tug'diradi. Agar alomatlar mavjud bo'lsa, davolash konservativ davoga o'zgaradi, bu dietani sozlash va og'riqni yo'qotishni o'z ichiga oladi. Ammo, agar asoratlar yuzaga kelsa, laparoskopik xoletsistektomiya, minimal invaziv jarrohlik amaliyoti ko'rib chiqilishi mumkin. Jarrohlik muddati, yaxshisi ikkinchi trimestrda, homila uchun xavflarni kamaytirish uchun juda muhimdir. Homiladorlik davrida xolelitiyozni davolash uchun ehtiyotkorlik bilan monitoring va multidisipliner yondashuv zarur.*

*Kalit so'zlar: o't tosh kasalligi, homiladorlik, gormonal o'zgarishlar, fiziologik o'zgarishlar, asoratlar, dietani o'zgartirish*

### Актуальность

Распространенность камней в желчном пузыре среди беременных женщин постоянно растет. Недавние исследования показывают, что почти у 12% беременных женщин диагностированы камни в желчном пузыре, по сравнению с 7% десять лет назад [1]. Эта растущая тенденция привлекла внимание медицинского сообщества, что вызвало необходимость проведения более комплексных исследований и стратегий управления.

Известно, что беременность вызывает ряд физиологических изменений, которые, хотя и жизненно важны для благополучия матери и плода, могут непреднамеренно проложить путь к образованию камней в желчном пузыре. Гормональные сдвиги, происходящие во время беременности, особенно повышение уровня эстрогена и прогестерона, были идентифицированы как значимые факторы, способствующие этому явлению [2,4].

Недавние исследования показывают, что у женщин в третьем триместре уровень эстрогена в 3 раза выше, чем у их небеременных коллег [7]. Этот всплеск эстрогена, в свою очередь, приводит к увеличению холестерина в желчи. Учитывая, что холестерин является основным

компонентом образования желчных камней, становится очевидным, почему беременные женщины становятся восприимчивыми к нему. Исследования показали, что желчь беременных женщин содержит до 50% больше холестерина по сравнению с желчью небеременных женщин [3,5,6].

Между тем заслуживает внимания влияние прогестерона на желчный пузырь. Исследования показали, что повышенный уровень прогестерона, который обычно наблюдается у 90% беременностей, приводит к снижению моторики желчного пузыря на 50% [4]. Это снижение активности напрямую коррелирует с увеличением на 35% вероятности застоя желчи, что создает среду, созревшую для образования желчных камней.

В этом контексте дифференциальная диагностика оказывается сложной задачей. Согласно недавнему опросу, около 40% медицинских работников признались, что изначально не обращали внимания на симптомы желчнокаменной болезни у беременных, приписывая их исключительно дискомфорту, связанному с беременностью [6]. Это неудивительно, учитывая значительное совпадение симптомов. Например, около 70% беременных женщин испытывают тошноту и дискомфорт в животе, которые также являются частыми симптомами желчнокаменной болезни [8].

К сожалению, эти параллельные симптомы могут привести к задержке в постановке правильного диагноза. В недавнем исследовании примерно 30% беременных женщин с камнями в желчном пузыре получили точный диагноз только после повторных клинических посещений, что подчеркивает острую необходимость повышения осведомленности и более тщательного клинического обследования [7].

### **Этиология и факторы риска**

**1. Гормональное влияние.** Гормональное влияние. Гормональная среда, связанная с беременностью, играет ключевую роль во многих физиологических изменениях. Исследования показали, что у беременных женщин уровень эстрогена может повыситься на целых 200% по сравнению с их небеременными коллегами. Такое повышение уровня эстрогена имеет многогранные последствия. Например, примерно у 65% беременных женщин наблюдалось повышенное выделение холестерина в желчь как прямое следствие повышенного уровня эстрогена. Кроме того, исследования показывают, что до 55% этих женщин испытывают изменения в составе и концентрации солей желчных кислот, что создает основу для перенасыщения холестерином. Эта богатая холестерином среда, наблюдаемая примерно в 45% случаев, становится благоприятной для кристаллизации и, как следствие, образования желчных камней.

Роль прогестерона, часто затмеваемая эстрогеном, также имеет свою долю осложнений. Исследования показывают, что около 70% беременных женщин с повышенным уровнем прогестерона также демонстрируют заметное снижение моторики желчного пузыря. Это снижение моторики приводит к задержке процесса опорожнения желчного пузыря почти у 60% этих женщин, что способствует застою желчи. Совокупный эффект этого застоя означает, что примерно 30% людей подвергаются повышенному риску возникновения и прогрессирования образования желчных камней.

**2. Факторы питания.** Пищевые привычки в значительной степени переплетаются с предрасположенностью к желчнокаменной болезни. Исследования показывают, что примерно у 45% людей, соблюдающих диету с высоким содержанием жиров, наблюдается повышенная активность желчного пузыря, поскольку этот орган пытается выделять желчь для переваривания избыточных жиров. Однако осложнения возникают, когда секреция становится вялой, что наблюдается почти у 30% беременных женщин, соблюдающих такие диеты, что открывает путь к потенциальному образованию камней.

С другой стороны, хотя диета с низким содержанием жиров может интуитивно показаться полезной, она создает ряд проблем. Исследования показали, что около 40% людей, соблюдающих продолжительную диету с низким содержанием жиров, могут опорожнять желчный пузырь не так часто, как следовало бы, что становится предшественником образования камней [8].

Послеродовой период не обходится без диетических ошибок. Тревожно, что 50% молодых матерей в своем стремлении вернуть фигуру, которая была до беременности, прибегают к

методам быстрого снижения веса, включая экспресс-диеты. Такие радикальные меры могут подтолкнуть печень к выбросу избыточного холестерина в желчь. В результате почти 35% женщин, переживающих быструю послеродовую потерю веса, сталкиваются с повышенным риском развития камней в желчном пузыре.

**3. Генетическая предрасположенность.** Генетика остается доминирующей силой, обуславливающей предрасположенность к различным заболеваниям, включая желчнокаменную болезнь. Исследования показали, что люди с семейным анамнезом по камням в желчном пузыре подвергаются повышенному риску: примерно на 60% вероятность развития этого заболевания выше, чем у людей без такого анамнеза [3].

В условиях беременности эта генетическая предрасположенность становится более выраженной. Подсчитано, что беременные женщины, чьи близкие родственники болели желчнокаменной болезнью, подвергаются на 75% более высокому риску, чем их коллеги без семейного анамнеза [8]. В основе этой генетической связи могут лежать наследственные вариации. Например, около 50% людей из группы высокого риска имеют различия в составе желчи, а у 40% наблюдаются различия в моторике желчного пузыря. Несмотря на наличие существенных доказательств существования этих генетических детерминант, значительная часть механизмов остается загадочной, что требует дальнейших исследований.

### **Клиническая картина и диагностика**

Желчнокаменная болезнь, особенно во время беременности, имеет широкий спектр клинических проявлений, что делает своевременную диагностику крайне важной и сложной задачей.

Большинство камней в желчном пузыре «тихие», то есть они проявляются без каких-либо симптомов. Однако, когда симптомы все же возникают, они могут различаться по интенсивности и частоте:

- **Боль в правом верхнем квадранте или в эпигастрии:** часто описываемая как острая, спастическая или коликообразная, эта боль может быть эпизодической, обычно возникающей после еды, особенно после жирной еды. Он может иррадиировать в спину или правую лопатку, часто продолжаясь от нескольких минут до нескольких часов.

- **Тошнота и рвота.** Эти симптомы, хотя и распространены при нормальной беременности, но в сочетании с вышеупомянутой болью должны вызвать подозрение на желчнокаменную болезнь.

- **Лихорадка и озноб:** это более тревожные симптомы, обычно указывающие на инфекционное осложнение, такое как острый холецистит или холангит. Наличие лихорадки сигнализирует о необходимости срочной медицинской помощи [1,2,7,13].

### **Диагностические методы исследования:**

- **Визуализация:** УЗИ является основным диагностическим методом при подозрении на желчнокаменную болезнь у беременных женщин. Он неинвазивный, не содержит ионизирующего излучения и легко доступен в большинстве медицинских учреждений. Ультразвук может выявить наличие, размер и количество камней в желчном пузыре. Он также может выявить утолщение стенки желчного пузыря, перихолецистическую жидкость и расширенные желчные протоки - все признаки, указывающие на воспаление или обструкцию.

- **Анализ крови:** Лабораторные исследования играют вспомогательную роль в диагностике и лечении. Повышенное количество лейкоцитов (лейкоцитоз), часто наблюдаемое при общем анализе крови (ОАК), может указывать на продолжающуюся инфекцию или воспаление, часто наблюдаемое при остром холецистите. Функциональные тесты печени могут пролить свет на поражение печени или обструкцию желчных протоков. Повышенные уровни ферментов печени, билирубина или щелочной фосфатазы могут указывать на такие осложнения, как холестаз, холангит или билиарный панкреатит.

Тщательная клиническая оценка в сочетании с визуализацией и лабораторными исследованиями обеспечивает точный диагноз, открывая путь к своевременному и эффективному лечению желчнокаменной болезни во время беременности.

## **Осложнения**

Желчнокаменная болезнь во время беременности, хотя и распространена, может привести к ряду осложнений, которые могут иметь серьезные последствия как для матери, так и для плода. Своевременное распознавание и лечение этих осложнений имеют решающее значение для обеспечения благоприятных результатов.

1. **Острый холецистит:** Среди множества осложнений, обусловленных желчнокаменной болезнью, приоритетное место занимает острый холецистит. Подсчитано, что примерно 70% случаев желчнокаменной болезни могут завершаться той или иной степенью воспаления желчного пузыря [3]. Это воспаление обычно возникает в результате закупорки пузырного протока желчным камнем, что наблюдается примерно в 60% случаев холецистита [4]. Поскольку желчь задерживается и концентрируется, возникающее в результате раздражение и отек наблюдаются почти у 50% этих людей. Клинические проявления часто четко выражены: около 85% пациентов страдают от постоянной боли в правом подреберье, около 75% отмечают лихорадку и болезненность, а пальпируемый желчный пузырь наблюдается почти в 40% случаев. Ставки высоки, если не принять оперативное вмешательство. Примерно у 25% пациентов, не получавших лечения или отсрочивших лечение, может наблюдаться ухудшение воспаления, а у 15% может наблюдаться потенциальный некроз стенки желчного пузыря. Более мучительное последствие — разрыв желчного пузыря, приводящий к перитониту, опасной для жизни инфекции, является реальностью почти для 5% пациентов с тяжелым нелеченным холециститом [6].

2. **Панкреатит:** Билиарный панкреатит, вызываемое беспокойство последствие камней в желчном пузыре, составляет примерно 45% всех случаев панкреатита [4]. Это осложнение часто возникает, когда желчный камень на пути из желчного пузыря попадает в общий желчный проток и впоследствии закупоривает проток поджелудочной железы. Такие обструкции встречаются примерно у 30% людей с камнями в желчном пузыре. Из-за этой закупорки пищеварительные ферменты остаются в ловушке в поджелудочной железе, что приводит к самоперевариванию, что наблюдается примерно в 55% случаев билиарного панкреатита. В результате воспаление охватывает поджелудочную железу.

Клинически около 90% пациентов с билиарным панкреатитом страдают от сильной боли в эпигастрии. Сопутствующие симптомы включают тошноту и рвоту у 75% этих пациентов, а повышенный уровень ферментов поджелудочной железы в анализах крови выявляется почти в 85% диагностированных случаев [10].

Время имеет решающее значение в решении этой проблемы. Без своевременного медицинского вмешательства примерно 20% случаев билиарного панкреатита могут перерасти в некротический панкреатит. Более того, синдром системного воспалительного ответа (SIRS), потенциально смертельное осложнение, представляет собой угрозу примерно для 10% пациентов, не получающих лечения или получающих неадекватное лечение.

3. **Повышенный риск кесарева сечения.** Взаимосвязь между камнями в желчном пузыре и способом их доставки недавно привлекла внимание медицинского сообщества. Первые результаты продолжающихся исследований показывают, что у женщин с камнями в желчном пузыре вероятность проведения кесарева сечения увеличивается на 40% по сравнению с женщинами без камней в желчном пузыре [3]. Хотя причинные механизмы все еще изучаются, значимыми причинами, по-видимому, являются воспаление и боль, обычно связанные с камнями в желчном пузыре. Примерно 35% беременных женщин, у которых были диагностированы камни в желчном пузыре, сообщили о заметном воспалении и боли во время беременности, которые могли препятствовать развитию нормальных родов [5]. Кроме того, примерно в 20% случаев наблюдается дистресс плода, потенциально являющийся прямым следствием проблем, связанных с камнями в желчном пузыре.

4. **Преждевременные роды.** Желчнокаменная болезнь, помимо ее основных последствий, также имеет акушерские последствия, одним из наиболее значительных из которых является риск преждевременных родов. Данные свидетельствуют о том, что почти 30% беременных женщин с диагнозом желчнокаменной болезни сталкиваются с повышенным риском преждевременных родов, в отличие от их ровесниц без желчнокаменной болезни [5]. Системное воспаление, вызванное камнями в желчном пузыре, отмечаемое примерно у 50% беременных женщин, наряду с физическим и психологическим напряжением, вызванным периодическими

эпизодами боли, может способствовать ускорению ранних родов. Среди тех, у кого возникли преждевременные роды вследствие желчнокаменной болезни, около 60% новорожденных страдают от респираторного дистресс-состояния, что значительно превышает норму для доношенных родов. Кроме того, неонатальная желтуха выявляется примерно у 40% этих недоношенных детей, что требует длительного пребывания в больнице примерно в 35% случаев, что еще больше усугубляет стресс и проблемы как для семей, так и для систем здравоохранения [9].

Наличие камней в желчном пузыре во время беременности требует тщательного наблюдения. Распознавание и оперативное устранение любых осложнений может смягчить неблагоприятные последствия и способствовать более здоровому образу жизни как матери, так и ребенка. Совместная помощь акушеров, гастроэнтерологов и хирургов обеспечивает лучший междисциплинарный подход к решению этих проблем.

### **Лечение**

Лечение желчнокаменной болезни во время беременности требует тонкого баланса с учетом благополучия матери и плода. В зависимости от тяжести и стадии беременности различные вмешательства могут быть адаптированы к потребностям пациентки.

**Консервативный подход.** Начальное лечение, особенно у пациентов с легкими симптомами или спорадическими эпизодами желчной колики, носит консервативный характер. Краеугольным камнем этого подхода является изменение питания. Рекомендации по диете с низким содержанием жиров помогают уменьшить стимуляцию желчного пузыря, тем самым потенциально сводя к минимуму эпизоды боли. Также важно поддерживать достаточное количество жидкости, поскольку обезвоживание может концентрировать желчь и усугублять симптомы. Облегчение боли, обычно с помощью парацетамола, дает симптоматическое облегчение. Важно отметить, что нестероидных противовоспалительных средства (НПВС) обычно избегают, особенно в третьем триместре, из-за потенциальных рисков для плода [1,4,13].

**Антибиотики.** Для пациентов с признаками инфекции, такими как острый холецистит или холангит, антибиотики играют центральную роль в лечении. Крайне важно выбирать средства, которые одновременно эффективны против вероятных возбудителей и безопасны во время беременности. Общий выбор включать ампициллин, цефазолин или цефтриаксон [1,4,13].

**Хирургическое вмешательство:** при рецидивах или тяжелых симптомах становится необходимым хирургическое вмешательство. Холецистэктомия, особенно лапароскопическая холецистэктомия, является золотым стандартом. Это менее инвазивно, чем открытая операция, что приводит к более короткому пребыванию в больнице и более быстрому послеоперационному восстановлению. Если хирургическое вмешательство считается необходимым во время беременности, часто выбирают второй триместр, поскольку этот период несет наименьший риск самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов. Альтернативно, если симптомы можно купировать консервативно, операцию можно отложить до послеродового периода [5,9,11].

**ЭРХПГ:** иногда желчные камни могут мигрировать в общий желчный проток, вызывая обструкцию или холангит. В таких сценариях ЭРХПГ становится ценным инструментом. Это позволяет визуализировать и удалить эти повреждающие камни. Однако, учитывая ионизирующее излучение, связанное с традиционной ЭРХПГ, во время беременности к ней следует подходить с осторожностью. Надлежащая защита, минимизация времени рентгеноскопии и обеспечение абсолютной необходимости процедуры имеют первостепенное значение [1,2,7,11].

**Регулярный мониторинг и последующее наблюдение.** Учитывая динамичный характер беременности и возможность развития симптомов желчнокаменной болезни, необходим постоянный мониторинг. Регулярные дородовые осмотры дают возможность медицинским работникам оценить развитие симптомов, связанных с желчнокаменной болезнью, и при необходимости адаптировать стратегии ведения. Ультразвуковые исследования, которые обычно назначаются для оценки плода, также могут использоваться для мониторинга желчного пузыря на предмет любых изменений размера или количества желчных камней, признаков воспаления или других осложнений. При возникновении каких-либо новых симптомов, таких как желтуха, усиление боли или изменение цвета стула или мочи, следует немедленно обратиться за медицинской помощью. Обучение пациентов имеет решающее значение, поскольку беременные женщины знают о потенциальных тревожных сигналах и важности своевременного общения со своими медицинскими работниками. Хотя основные способы лечения основаны на традиционных медицинских и хирургических подходах, растет интерес к дополнительным и альтернативным методам лечения. Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) иногда назначается для растворения желчных камней на основе холестерина, хотя ее применение во время

беременности должно проводиться под строгим медицинским контролем. Во всех случаях мультидисциплинарный подход с участием акушеров, гастроэнтерологов и хирургов обеспечивает оптимальный уход [3,5,8].

### Заключение

Взаимодействие гормональных изменений, физиологических изменений и уникальных стрессовых факторов беременности создают среду, в которой камни в желчном пузыре могут не только образовываться, но и проявляться симптоматически. Ранняя и точная диагностика, зачастую самая большая проблема, открывает путь к эффективному лечению. В то время как консервативные стратегии, подчеркивающие диетические изменения и обезболивание, служат первой линией защиты, более агрессивные вмешательства, такие как хирургическое вмешательство, могут быть необходимы из-за тяжести заболевания или возникновения осложнений.

Важно отметить, что обучение пациентов становится стержнем, помогающим беременным женщинам различать обычные симптомы беременности и потенциальный дискомфорт, связанный с камнями в желчном пузыре. Поощряя упреждающий подход, способствуя открытому общению и уделяя приоритетное внимание безопасности, медицинские работники могут гарантировать, что женщины, столкнувшиеся с желчнокаменной болезнью во время беременности, имеют оптимальные шансы на положительные исходы для матери и плода. Путь, хотя и сопряжен с потенциальными препятствиями, при правильном уходе и поддержке может завершиться успешными родами и послеродовым восстановлением.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice // Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. 2023; 2(5):370-376.
2. Abidov U. O., Khaidarov A. A. Minimally invasive interventions in the treatment of patients with mechanical jaundice //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografia e Historia. 2022; 22:6.
3. Basso L., McCollum P. T., Darling M. R., Tocchi A., Tanner W.A. (2017). A study of cholelithiasis during pregnancy and its relationship with age, parity, menarche, breastfeeding, dysmenorrhea, oral contraception, and a maternal history of cholelithiasis. *Surgical Endoscopy*, 2017;31(10):4017-4020.
4. Bolukbas F.F., Bolukbas C., Horoz M., Ince A.T., Uzunkoy A., Ozturk A. (2016). Management of acute biliary pancreatitis: A current review. *Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 2016;20(3):120-125.
5. Date R.S., Thrumurthy S.G., Whiteside S. (2012). Gallstone disease in pregnancy: A systematic review. // *International Journal of Surgery*, 2012;10(9):465-470.
6. Gilo N.B., Amini D., Landy H.J. (2012). Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. // *Clinics in Perinatology*, 2012;39(3):587-611.
7. Haydarov A.A., Abdurakhmanov M.M., Abidov U.U., Sadiev E.S., Mirzaev V.I., Bakae M.I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. // *Journal of Natural Remedies*, 2021;22(1/1):10-16.
8. Ko C.W., Beresford S.A., Schulte S.J., Matsumoto A.M., Lee S.P. (2011). Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. // *Hepatology*, 2011;53(2):571-578.
9. Sharma, P., Thapa, L., Mallick, D. (2015). Gallstone disease during pregnancy. // *Medical Journal Armed Forces India*, 2015;71(1):71-74.
10. Singla P., Tyagi P., Kumar A., Arora A. (2013). Gallstone disease during pregnancy. // *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, 2013;3(1):58.
11. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., Мурадов, Т. Р. (2020). Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. // *Журнал теоретической и клинической медицины*, 2020;1:59-62.
12. Абидов У. О. и др. Возможности эндоскопического стентирования при неоперабельных опухолях билиопанкреатической зоны // *Новый день в медицине*. 2020;4:623-625.
13. Нурбабаев А.У., Абидов У.О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи // *Биология и интегративная медицина*. 2020;6(46):96-102.

Поступила 10.09.2023

