ОБМЕН ЛИПИДОВ И ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Фоминых Юлия Александровна[1, 2], *Успенский Юрий Павлович*[1, 2], *Наджафова Кямаля Низамитдиновна*[2]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; липопротеиды; желчные кислоты; холецистэктомия.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одна из самых распространенных болезней системы пищеварения. Распространенность ЖКБ растет и составляет в развитых странах 10–15%. По прогнозам ВОЗ, при сохранении современных темпов роста к 2050 году ЖКБ будет страдать 20% населения.

Установлено, что обязательным условием камнеобразования является изменение свойств желчи — избыток в ней холестерина и/или недостаток желчных кислот, а также изменение их соотношения в желчи. Данные исследований липидного спектра крови больных ЖКБ значительно разнятся. По разным данным, наиболее выраженная дислипидемия обнаруживается на ранней физико-химической стадией ЖКБ и характеризуется наличием гиперхиломикронемии, гипер-β-липопротеинемии, гипо-α-холестеринемии и гипертриглицеридемии.

Желчные кислоты (ЖК) являются основной составной частью желчи, на их долю приходится около 60% органических соединений желчи. Совершенствование методов исследования позволило получить новые сведения о ЖК, их метаболизме, энтерогепатической циркуляции, содержании в крови, тканях, желчи. У здоровых людей концентрация ЖК в крови весьма низкая и меняется в микромолярном диапазоне в зависимости от фазы пищеварения, возраста, пола, физиологического статуса. Количественное определение ЖК в сыворотке крови приобретает большое значение с целью диагностики и оценки эффективности лечения патологии гепатобилиарной системы.

Основным вариантом лечения ЖКБ остается хирургическое удаление желчного пузыря — холецистэктомия. Ежегодно в России проводится более 600 тыс. таких операций. Несмотря на эффективность и безопасность данного оперативного вмешательства, у ряда пациентов сохраняются жалобы, предшествовавшие холецистэктомии, или появляются новые.

Есть исследования, демонстрирующие, что холецистэктомия может способствовать нормализации липидного состава крови в ранние сроки после операции. В то же время результаты проведенных в последние десятилетия исследований свидетельствуют о том, что холецистэктомия сама по себе может вызывать неблагоприятные метаболические последствия.

После перенесенной холецистэктомии у пациентов нарушаются процессы нормальной циркуляции желчных кислот, которые, являясь естественными лигандами фарнезоидных Х-рецепторов и прегнановых ксенорецепторов, отвечают за регуляцию активности ферментных и транспортных систем печени и подвздошной кишки, а также влияют на обмен глюкозы, липидов, ЖК и некоторых других веществ. Существуют крупные исследования, продемонстрировавшие более высокие значения индекса массы тела и окружности талии, триглицеридов, а также аминотрансфераз, тощаковой глюкозы у пациентов, которым была выполнена холецистэктомия по сравнению с пациентами с ЖКБ, которые не подвергались оперативному вмешательству. Таким образом, вопрос о влиянии ЖКБ и холецистэктомии на метаболизм остается дискутабельным.