

**Бобрихина Анастасия Сергеевна**, студентка,,  
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет,

**Хураськин Кирилл Аликович**,  
травматолог-ортопед, кистевой хирург, микрохирург,  
ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», Поликлиника №3 Травмацентр

## **ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ — АКТУАЛЬНОЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

**Аннотация.** Желчнокаменная болезнь — одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний, представляющее значимую медико-социальную и экономическую проблему. В статье проанализированы эпидемиологические тенденции, включая рост заболеваемости среди молодого населения, проведена оценка ключевых факторов риска, рассмотрены вопросы прогнозирования осложнений ЖКБ, а также методы их диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, эпидемиология, факторы риска

**Введение.** Желчнокаменная болезнь — заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках.

Патология имеет высокую распространенность в развитых странах и ассоциировано с качеством жизни, риском тяжелых осложнений и значительными экономическими затратами на лечение. Ключом к разработке превентивных стратегий служит всестороннее изучение факторов риска ЖКБ. В настоящее время установлен широкий спектр таких факторов — от немодифицируемых (пол, возраст, этническая принадлежность, генетика) до потенциально управляемых (ожирение, гиподинамия) [1]. Однако, характер взаимодействия этих факторов, их популяционная значимость и возможности коррекции требуют дальнейшего уточнения.

**Цель исследования** — изучить эпидемиологический профиль ЖКБ.

**Материалы и методы:** обзор современной зарубежной и отечественной литературы для создания теоретической базы по проблеме исследования.

**Результаты.** Согласно имеющимся статистическим данным, в странах Европы желчнокаменная болезнь (ЖКБ) поражает от 10% до 20% населения. В США этот показатель составляет 15–20%, причём наиболее часто заболевание встречается среди латиноамериканцев и коренных американцев [2]. Высокая распространенность в данной группе объясняется сочетанием определенных генетических, диетических и социальных факторов. У 50 % жителей имеется мутация гена ABCG8, которая нарушает выведение стеролов из клеток [3].

В странах Азии желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается значительно реже по сравнению с западными государствами. Согласно данным нескольких масштабных ультразвуковых скрининговых исследований, проведённых в Китае, Тайване, Японии и Корее, распространённость ЖКБ среди населения этих регионов составляет всего 5–10%. Этот показатель примерно вдвое ниже, чем в западных странах. Преобладание растительной пищи, низкий уровень жиров в рационе, активный образ жизни объясняют меньшую частоту встречаемости [4].

К факторам риска можно отнести не только географические особенности, но и возраст. Отмечается повсеместная тенденция к омоложению. Если ранее пик заболеваемости приходился на 50-70 лет, то сейчас патология манифестирует в 30-40. Этот феномен в первую очередь объясняют ростом распространённости среди данной категории пациентов таких факторов риска, как ожирение, малоподвижный образ жизни и сахарный диабет [5]. Стоит



отметить, что за последние 10 лет наблюдается устойчивый рост заболеваемости ЖКБ среди детей. Если в 2015 году патология была обнаружена в 0,1% случаев, то в 2025 распространённость среди данной категории достигает 1%. В различных регионах частота встречаемости варьирует от 1% до 10%. К факторам риска относят: сокращение общей продолжительности грудного вскармливания, внутриутробные инфекции с поражением печени, погрешности в питании, невротизирующие факторы, изменение гормонального фона в подростковом возрасте [6].

Не менее важно изучение генетических аспектов в развитии холелитиаза. Мутации в генах транспорта липидов (ABCB4, ABCB11), синтеза желчных кислот (CYP7A1) и моторики желчного пузыря (CCK1R) создают основу для литогенеза. Полигенный характер ЖКБ показывает, что данная патология часто сочетается с дислипидемией, ожирением, сахарным диабетом [7].

Важное значение приобретает ранняя диагностика и профилактика ЖКБ. В России наиболее часто применяемым диагностическим протоколом для выявления желчнокаменной болезни является комплексное использование ультразвукового исследования (УЗИ) и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Если результаты ЭРПХГ оказываются недостаточно информативными, врачи могут принять решение о применении дополнительных методов диагностики. К таким методам относятся: компьютерная томография (КТ); магнитно-резонансная томография (МРТ); лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая может быть дополнена интраоперационной холецистографией (ИОХГ) [8].

Нередко желчнокаменная болезнь приводит к различным осложнениям, одним из наиболее частых является папиллостеноз, который требует хирургической коррекции. Наиболее эффективным вариантом лечения является антеградная холедохоскопия и бужирование сосочка Фатера при лапароскопической холецистэктомии [9,10].

**Выводы.** Анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что распространенность ЖКБ варьируется в зависимости от региона, возрастно-половых характеристик и образа жизни населения. Выявленные факторы риска, такие как дисбиоз, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни и генетическая предрасположенность, подчеркивают необходимость разработки и внедрения профилактических мероприятий.

Особую актуальность приобретает ранняя диагностика и своевременное лечение заболевания, что позволяет предотвратить развитие осложнений и снизить экономическую нагрузку на здравоохранение. Дальнейшие исследования в области эпидемиологии ЖКБ должны быть направлены на совершенствование методов профилактики, разработку новых подходов к диагностике и лечению заболевания.

#### *Список литературы:*

1. Факторы риска развития желчнокаменной болезни (обзор литературы) / Б. А. Сахabetдинов, А. И. Курбангалеев, Э. А. Хизбуллина [и др.] // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. – 2025. – Т. 15, № 2. – С. 97-104. – DOI 10.20340/vmi-rvz.2025.2.CLIN.5. – EDN YFMFKA.
2. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones/ European Association for the Study of the Liver (EASL). // J Hepatol.–2016 – Vol. 65 – №1 – P. 146 –181. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005.
3. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. / V. I. Reshetnyak // World J Hepatol. – 2012. – Vol. 4. – №2. – P.18–34.



4. Risk factors for gallstones among Chinese in Taiwan. A community sonographic survey. / Lu SN, Chang WY, Wang LY, Hsieh MY, Chuang WL, Chen SC, Su WP, Tai TY, Wu MM, Chen CJ // J Clin Gastroenterol. – 1990. – №12. – P. 542-546.
5. Основные факторы риска и качество жизни у больных желчнокаменной болезнью. / Григорьева И.Н., Романова Т.И. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – №4 – С. 21-25.
6. Семенова О.В. Желчнокаменная болезнь у детей — проблема педиатров и хирургов./ Семенова О.В. // Новости хирургии.– 2006. – №1 – С. 65-71.
7. Low phospholipid associated cholelithiasis: association with mutation in the MDR3/ABCB4. / Olivier Rosmorduc, Raoul Poupon. // Orphanet Journal of Rare Diseases. – 2007– № 29 –Р. 1-6 – DOI: 10.1186/1750-1172-2
8. Диагностика холедохолитиаза. Обзор литературы / Б. А. Сахабетдинов, А. И. Курбангалеев, К. Н. Сахабетдинова [и др.] // Innova. – 2024. – Т. 10, № 2. – С. 46-56. – EDN CVKQOJ.
9. Антеградная холедохоскопия при лапароскопической холецистэктомии - метод диагностики и лечения папиллостеноза / Б. А. Сахабетдинов, А. И. Курбангалеев, К. Н. Сахабетдинова // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. – 2024. – Т. 14, № 2. – С. 60-66. – DOI 10.20340/vmi-rvz.2024.2.CLIN.3. – EDN BAGJAN.
10. Антеградная холедохоскопия при лапароскопической холецистэктомии - метод диагностики и лечения папиллостеноза / Б. А. Сахабетдинов, Д. Д. Абдуллина, А. Р. Гарифуллова, А. И. Курбангалеев // Молодежный инновационный вестник. – 2024. – Т. 13, № 1. – С. 43-47. – EDN IPSOKC.

