

М. А. Самсон, А. П. Сурко
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В работе за пятилетний период изучена тактика ведения 63 беременных с желчнокаменной болезнью, находившихся на лечении в городском центре по оказанию помощи беременным женщинам с подозрением на экстренную хирургическую патологию органов брюшной полости. Установлено что консервативная тактика ведения позволяет сохранить гестацию и выполнить оперативное вмешательство после родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, желчнокаменная болезнь, холецистит.

Resume. In the work over a five-year period, the tactics of conducting 63 pregnant women with cholelithiasis were treated at the city center to help pregnant women with suspected urgent surgical pathology of the abdominal cavity. It was established that conservative tactics of management allows saving gestation and performing operation after childbirth.

Keywords: pregnancy, cholelithiasis, cholecystitis.

Актуальность. Возникновение острых хирургических заболеваний у беременных вызывает особую тревогу не только за здоровье будущей матери, но и её желанного ребёнка. Диагностика и лечение этих заболеваний вызывают значительные трудности у врачей, особенно на поздних сроках беременности и при родах. При беременности нарушается топография органов брюшной полости и изменяется нейрогуморальный статус организма: в крови значительно повышаются уровни эстрогенов и прогестерона. Эстрогены влияют на обмен желчных кислот, в два раза увеличивая их продукцию во время беременности. Прогестерон ослабляет сократительную способность желчного пузыря и замедляет моторику кишечника, это приводит к снижению обратного всасывания кислот, и их концентрация увеличивается. Совокупность всех этих факторов способствует усилению литогенных свойств желчи. [2]

Частота развития острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в последние годы значительно выросла. Заболевания желчевыделительной системы встречаются у женщин в 4-7 раз чаще, чем у мужчин. Ими страдают 3% беременных. У 30–35% женщин во время беременности обостряется хронический холецистит. Нередко желчнокаменная болезнь впервые манифестирует во время беременности в виде острого холецистита, что представляет угрозу не только для матери, но и для плода. [1]

Обычно в операции нуждаются 0,1–0,3% беременных. При отсутствии показаний к экстренной операции проводится консервативное лечение. [3]

Изучение тактики ведения беременных с подозрением на экстренную хирургическую патологию, обусловленную желчнокаменной болезнью (ЖКБ) является одной из актуальных проблем современности способной влиять на демографические показатели в стране.

Цель. Изучить частоту встречаемости, особенности и тактику ведения желчнокаменной болезни у беременных в разные периоды гестации.

Задачи:

1. Изучить частоту встречаемости, впервые выявленной ЖКБ при беременности.
2. Определить период беременности, в котором чаще всего манифестирует ЖКБ.
3. Проанализировать тактику ведения пациенток с ЖКБ при беременности.

Материал и методы. В работу включены материалы лечения 63 беременных с ЖКБ, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» (центр по оказанию помощи беременным женщинам с подозрением на экстренную хирургическую патологию органов брюшной полости) г. Минска за пятилетний период с 2013 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. При анализе установлено, что наибольшее количество пациенток поступило в третьем триместре и составило 27 (42,3 %). Во втором триместре поступило 23 (36,5%), в первом — 13 (20,6%). Проведённое исследование позволило диагностировать впервые выявленную ЖКБ в первом триместре (n=13) у 12 (91,6%) женщин, втором (n=23) — у 16 (70,8%), в третьем (n=27) — у 23 (85,1%).

На основании клинико-лабораторных и ультразвуковых данных установлено, что в большинстве триместров преобладали пациентки с хроническим калькулёзным холециститом и клиникой печёночной колики и лишь в пяти случаях: 4 (6,3%) во втором триместре и один в третьем триместре, имели место клинико-лабораторные и ультразвуковые признаки острого калькулёзного холецистита.

При анализе лабораторных данных установлено повышение уровня билирубина в первом триместре (n=13) у 6 (46,2%) пациенток, втором (n=23) у 1 (4,3%), в третьем триместре (n=27) — у 6 (22,2%). При этом у пациенток отсутствовали УЗИ признаки билиарной гипертензии. Все пациентки консультированы терапевтом и определена их тактика ведения при выписке из хирургического стационара.

При первичном осмотре акушер-гинекологом в момент поступления была выявлена различная акушерско-гинекологическая патология. В первом триместре (n=13) у 4 (30,8%) женщин, во втором триместре (n=23) у 9 (39,1%) женщин, в третьем триместре (n=27) у 5 (18,5%) женщин. Только у одной пациентки в третьем триместре диагностирована угроза прерывания беременности.

Все пациентки были пролечены консервативно согласно протоколам Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, в которых регламентирована тактика лечения острого холецистита у взрослого населения, и протоколу, в котором регламентирована тактика ведения и лечения беременных и рожениц. Такая тактика позволила избежать хирургического вмешательства во время гестации и отложить хирургическое лечение ЖКБ на послеродовой период.

Выводы:

1. Желчнокаменная болезнь у беременных встречается во всех периодах гестации и в 2 раза чаще манифестирует в третьем и втором триместре.
2. Консервативное лечение позволяет продолжить гестацию и, при отсутствии экстренных показаний, провести оперативное вмешательство в плановом порядке после родоразрешения.

3. Пациентки с гипербилирубинемией после выписки с хирургического стационара подлежат амбулаторному наблюдению и обследованию у терапевта, гастроэнтеролога, инфекциониста.

M. A. Samson, A. P. Surko
CHOLELITHIASIS AND PREGNANCY
Tutor: associate professor N. Y. Bautsiuk
Department of General Surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / Айламазян Э.К., Кулаков В.И. [и др.]; под ред. Э. К. Айламазяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.
2. Шостак В. А. Ранние и атипичные гестозы / Шостак В. А. – "Медицинская панорама" № 8, сентябрь 2005. – 6 с.
3. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей. Изд.2-е. / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – М.: Издательский дом Видар-М, 2009. – 568 с.