

Я.А. Острожинский, В.А. Езерский
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Бовтюк
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Y.A. Astrazhynski, V.A. Ezersky
THE INCIDENCE OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PREGNANT WOMEN
AT DIFFERENT GESTATION PERIODS

Tutor: associate professor N.Y. Bovtyuk
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Возникновение острого холецистита у беременных представляет собой urgentную ситуацию верхнего порядка в связи с возможной угрозой потери беременности, что требует комплексного и командного подхода к диагностике и лечению таких пациентов. Изучена встречаемость и тактика ведения беременных с острым холециститом.

Ключевые слова: острый холецистит, беременная, демография, хирургия.

Resume. The occurrence of acute cholecystitis in pregnant women is an urgent situation of the upper order due to the possible threat of pregnancy loss, which requires a comprehensive and team approach to the diagnosis and treatment of such patients. The occurrence and management tactics of pregnant women with acute cholecystitis were studied.

Keywords: acute cholecystitis, pregnant, demography, surgery.

Актуальность. Экстренная хирургическая патология у беременных представляет опасное состояние ввиду наличия угрозы как для здоровья самой матери, так и для плода. Особое внимание заслуживает острый холецистит у беременных на разных сроках гестации. По данным литературы распространенность острого холецистита оценивается как 1 на 1600–10000 беременностей [1]. По поводу данного заболевания беременные часто госпитализируются хирургический стационар.

В подавляющем большинстве случаев причиной развития острого холецистита считают холелитиаз, однако также отмечают релаксирующую гладкомышечные волокна желчного пузыря роль прогестерона и литогенный эффект эстрогенов [2].

Возникновение острого холецистита у беременных представляет собой сложную клиническую ситуацию верхнего порядка в связи с возможной угрозой потери беременности, что требует комплексного и командного подхода к диагностике и лечению таких пациентов.

Цель: проанализировать встречаемость и тактику ведения беременных с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей (ЖПиЖВП) на примере хирургического стационара многопрофильной больницы.

Задачи:

1. Провести исследование современной литературы по вопросу патологии ЖПиЖВП у беременных.

2. Проанализировать медицинские карты стационарных беременных с заключительным диагнозом патологии ЖПиЖВП.

3. Провести статистическую обработку, субгрупповой анализ, сделать соответствующие выводы.

Материалы и методы. В работе проанализированы материалы 2613 случаев патологии ЖВиЖВП (коды МКБ-10 K80.0 – K83.9) в УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска за период с 2018 по 2022 гг. Дизайн исследования: ретроспективное, одноцентровое, когортное.

Применены статистический и аналитический методы исследования. Обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel 2016, IBM SPSS Statistics 23 с применением непараметрического метода U-критерия Манна Уитни и парного корреляционного анализа по Спирмену r. Данные представлены в виде Me (Q₁ – Q₃) [min – max], где Me – медиана, Q₁ и Q₃ – нижний и верхний квартили соответственно, min/max – минимальное и максимальное значение в выборке. Достоверными считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Из всех случаев патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей женщины составили 1862 человека (71,3% всех выборки). Отметим, что женщины фертильного возраста составили 29,5% всех пациентов женского пола выборки (549 человек).

Результаты и их обсуждение. Целевая группа случаев беременных с патологией ЖПиЖВП составила 36 человек (1,9% от всех женщин либо 6,6% от всех женщин фертильного возраста).

Средний возраст пациенток целевой группы составил 31,4 года (Me = 31,5 (28,1 – 36,3) года, [21 – 41] год) (рисунок 1а). Средний срок гестации при поступлении составил 147 дней (Me = 149 (108 – 189) дней, [35 – 252] дня) (рисунок 1б).

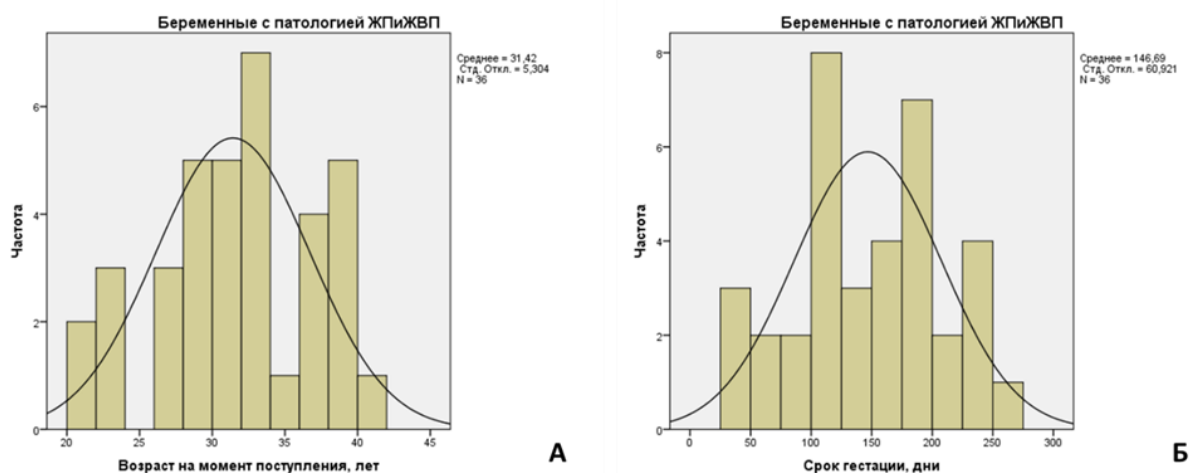


Рис. 1 – Гистограммы распределения возраста (а) и срока гестации (б) в исследуемой выборке

Длительность стационарного лечения в среднем составила 4,0 койко-дня (Me = 3,8 (2,0 – 5,7) койко-дня, [1 – 9] койко-дней) (рисунок 2). Все пациентки были выписаны с улучшением.

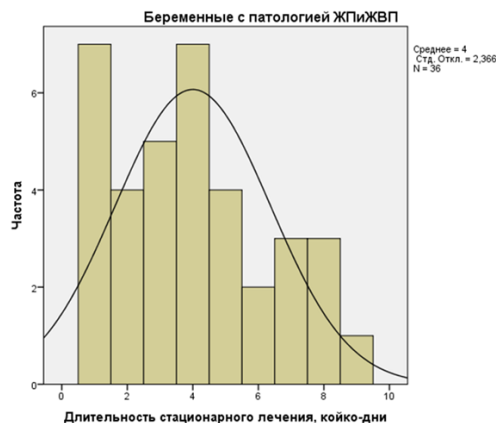


Рис. 2 – Гистограмма распределения длительности пребывания в стационаре в выборке

Парный корреляционный анализ по Спирмену показал, что возраст и срок гестации беременной женщины с патологией ЖПиЖВП не оказывают статистически значимого влияния на длительность лечения такой группы пациентов в условиях хирургического стационара ($p = 0,316$ и $p = 0,153$ соответственно).

Из 36 случаев патология ЖПиЖВП при беременности подлежала консервативному лечению в 33 (91,7%) случаях, в 3 (8,3%) потребовалось оперативное вмешательство. Одной беременной на сроке гестации 42 дня была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. Второй беременной при первом поступлении в сроке гестации 63 дня была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с санацией холедоха в связи с наличием механической желтухи, обусловленной мелкими конкрементами в общем желчном протоке. При повторном обращении через 3 недели ей была выполнена ретроградная холангиопанкреатография с холедохолитоэкстракцией. Все пациентки были выписаны с клиническим улучшением на амбулаторный этап.

Выводы: патология ЖПиЖВП у беременных женщин представляет особую опасность как для матери, так и для плода. Из всех случаев патологии ЖПиЖВП беременные составили 1,9% случаев. Преимущественно патология ЖПиЖВП встречалась у беременных во II-III триместрах (срок гестации 149 (108 – 189) дней).

Определено, что возраст беременной с патологией ЖПиЖВП, равно как и срок гестации, не оказывают статистически значимого влияния на продолжительность ее лечения в хирургическом стационаре ($p = 0,316$ и $p = 0,153$ соответственно).

При неэффективности консервативного лечения и наличии осложнений желчнокаменной болезни в изучаемой группе в 3 (8,3%) случаях потребовалось выполнение оперативного вмешательства с целью ликвидации угрожающего для течения беременности состояния.

Литература

1. Острый холецистит и панкреонекроз у беременных [Текст] / С. Н. Стяжкина, А. Р. Агазова, Г. С. Салихова и др. // Наука и образование сегодня. – 2017. – № 1 (12). – С. 84–85.
2. Хатьков, И. Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний беременных: преимущества, недостатки, осложнения, прогноз (обзор литературы) [Текст] / И. Е. Хатьков, С. М. Чудных, Э. С. Алиев // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – № 17 (4). – С. 43–49.