

**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.

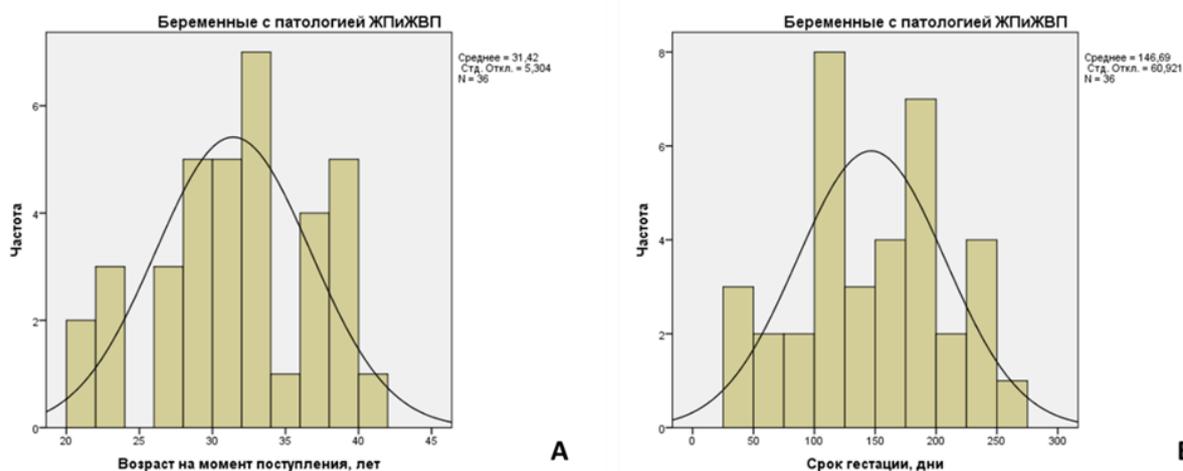
**Материалы и методы.** В работе проанализированы материалы 2613 случаев патологии ЖВиЖВП (коды МКБ-10 K80.0 – K83.9) в УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска за период с 2018 по 2022 гг. Дизайн исследования: ретроспективное, одноцентровое, когортное.

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 (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>) [min – max], где Me – медиана, Q<sub>1</sub> и Q<sub>3</sub> – 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).

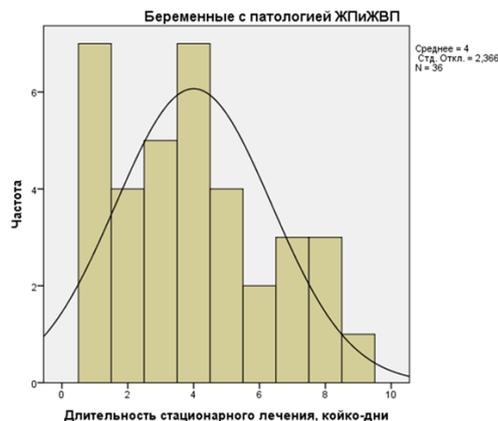
**Результаты и их обсуждение.** Целевая группа случаев беременных с патологией ЖПиЖВП составила 36 человек (1,9% от всех женщин либо 6,6% от всех женщин фертильного возраста).

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.