

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Бовтюк Н.Я., ²Зновец Т.В., ²Дудко А.А., ¹Острожинский Я.А.

*¹Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*²Учреждение здравоохранения «3-я городская клиническая больница
имени Е.В. Клумова», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Экстренная хирургическая патология у беременных представляет опасное состояние как для самой матери, так и для плода.

Особое внимание заслуживает острый холецистит у беременных, по поводу которого часто госпитализируются беременные в многопрофильный стационар. Данное состояние требует от клинициста дифференцированного подхода к определению тактики лечения беременной с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей (ЖПиЖВП).

Распространенность острого холецистита оценивается как 1 на 1600–10 000 беременностей. В подавляющем большинстве случаев причиной развития острого холецистита считают холелитиаз, отмечается и релаксирующая гладкомышечные волокна желчного пузыря роль прогестерона и литогенный эффект эстрогенов.

Цель. Целью данного исследования является изучение частоты встречаемости и тактики ведения беременных с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы. В работу включены материалы 2613 случаев патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей (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. Организация здравоохранения является городским центром оказания помощи беременным с хирургической патологией.

Исследование является ретроспективным, одноцентровым, когортным. 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. Данные представлены в виде $Me (Q_1-Q_3)$ [min-max], где Me — медиана, Q_1 и Q_3 — нижний и верхний квартили соответственно, min/max — минимальное и максимальное значение в выборке. Достоверными считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Структура изученных случаев по полу: 751 (28,7%) мужчина, 1862 (71,3%) женщины (29,9% (549 чел.) которых — фертильного возраста).

Результаты. Целевая группа случаев беременных с патологией ЖПиЖВП составила 36 (1,9% от всех женщин). Средний возраст пациенток составил 31,4 года, $Me=31,5$ (28,1–36,3) года [21–41]. Средний срок гестации при поступлении — 147 дней, $Me=149$ (108–189) дней [35–252].

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

С применением корреляционного анализа по Спирмену установлено, что возраст, а равно как и срок гестации беременной с патологией ЖПиЖВП не влияют на продолжительность ее лечения в хирургическом стационаре ($p=0,316$ 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 или переведены в отделения акушерско-гинекологического профиля для коррекции профильной патологии.

Выводы. Патология ЖПиЖВП у беременных женщин представляет особую опасность как для матери, так и для плода. Преимущественно патология ЖПиЖВП встречалась у беременных во II–III триместрах.

Возраст и срок гестации беременной с патологией ЖПиЖВП 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.