

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Зайниев А.Ф., Расулова П.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет,

Аннотация. В статье представлен анализ хирургической тактики при осложнённых формах желчнокаменной болезни (ЖКБ) у беременных. Проведён ретроспективный анализ 87 случаев оперативного лечения ЖКБ у беременных различных сроков гестации. Изучены особенности диагностики, показания к срочному и плановому оперативному вмешательству, сравнительная эффективность лапароскопического и открытого доступа. Установлено, что лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора во II триместре беременности. Разработан дифференцированный алгоритм хирургической тактики.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, беременность, лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, холедохолитиаз, хирургическая тактика, ЭРХПГ.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространённых хирургических заболеваний органов брюшной полости, встречающихся у беременных женщин. По данным современной литературы, частота ЖКБ среди беременных составляет от 3 до 12%, при этом у 0,1–0,3% пациенток развиваются острые хирургические осложнения, требующие экстренного оперативного вмешательства [1, 3, 7].

Беременность сама по себе является фактором риска прогрессирования желчнокаменной болезни. Повышение уровня прогестерона обуславливает снижение моторики желчного пузыря, застой желчи и увеличение её литогенности. Параллельно эстрогены усиливают секрецию холестерина в желчь, что создаёт предпосылки для камнеобразования. Механическое сдавление желчного пузыря увеличенной маткой во II–III триместрах дополнительно нарушает его эвакуаторную функцию [2, 8].

Хирургическое лечение ЖКБ во время беременности представляет сложную клиническую задачу ввиду необходимости одновременного обеспечения безопасности матери и плода. Консервативная тактика нередко

оказывается неэффективной: до 40–58% пациенток с острым холециститом при беременности требуют повторных госпитализаций, а у 19–23% развиваются тяжёлые осложнения (перитонит, механическая желтуха, острый панкреатит) [4, 9, 11].

Цель исследования: на основании ретроспективного анализа клинического материала разработать дифференцированный алгоритм хирургической тактики при осложнениях ЖКБ у беременных с учётом срока гестации, характера осложнений и операционно-анестезиологического риска.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 87 беременных с осложнёнными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клинической базы СамГМУ за период 2016–2023 гг. Критерии включения: наличие верифицированного диагноза ЖКБ с развитием хирургических осложнений в период беременности; выполненное оперативное вмешательство; полнота медицинской документации.

Распределение пациенток по триместрам беременности: I триместр (до 12 нед.) - 14 (16,1%) случаев; II триместр (13–26 нед.) - 49 (56,3%) случаев; III триместр (27–40 нед.) - 24 (27,6%) случая. Средний возраст пациенток составил $28,4 \pm 5,7$ лет (от 18 до 42 лет). Нозологическая структура осложнений: острый калькулёзный холецистит - 58 (66,7%); холедохолитиаз с механической желтухой - 17 (19,5%); острый билиарный панкреатит - 8 (9,2%); перфоративный холецистит с перитонитом - 4 (4,6%) (рис. 1).

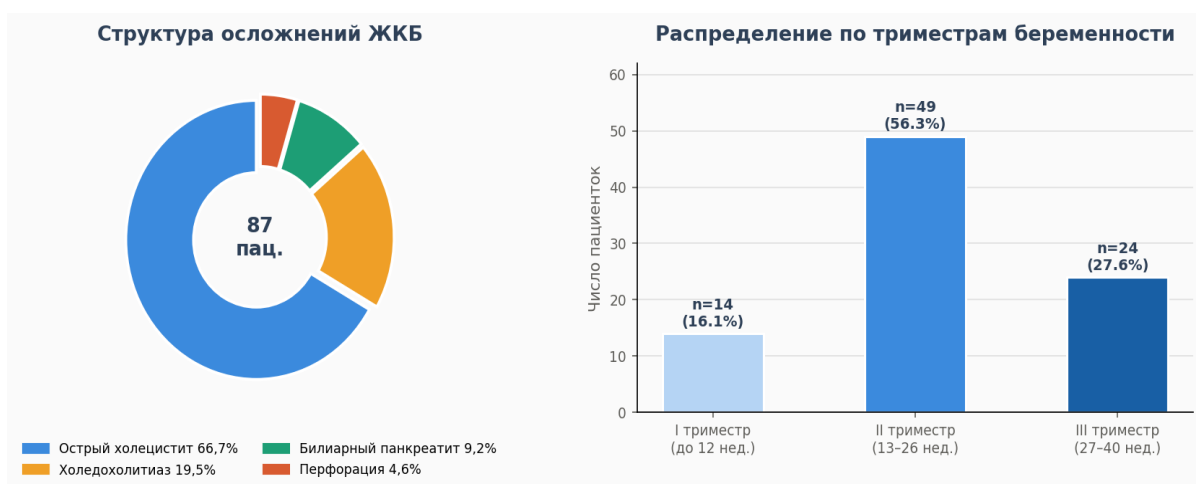


Рис. 1. Структура осложнений ЖКБ и распределение пациенток по триместрам беременности (n=87)

Диагностический комплекс включал клинико-лабораторное обследование, биохимическое исследование функции печени и поджелудочной железы, УЗИ

органов брюшной полости, КТГ-мониторинг плода. МРТ-холангиография выполнена в 23 случаях. Статистическая обработка - SPSS Statistics 26.0 (критерий χ^2 Пирсона, критерий Манна–Уитни, $p < 0,05$).

Результаты исследования. Типичная клиника с локализацией болей в правом подреберье наблюдалась лишь у 61 (70,1%) пациентки. У беременных II–III триместра напряжение мышц передней брюшной стенки нередко сглаживалось за счёт растяжения мышц апоневроза беременной маткой. Симптом Щёткина–Блумберга был положительным лишь у 32 (36,8%) пациенток. УЗИ выполнено всем 87 пациенткам: конкременты желчного пузыря визуализированы в 100% случаев. МРТ-холангиография позволила точно установить характер обструкции желчных протоков в 21 из 23 случаев (чувствительность 91,3%, специфичность 94,7%).

Во II триместре ($n=49$) ЛХЭ выполнена в 38 (77,6%) случаях, открытая холецистэктомия - в 9 (18,4%), ЭРХПГ со сфинктеротомией - в 14 (28,6%). Конверсия доступа потребовалась в 3 (6,5%) лапароскопических операций. В III триместре ($n=24$) ЛХЭ выполнена 14 (58,3%) пациенткам, открытая ХЭ - 10 (41,7%). Частота преждевременных родов составила 12,5% в III триместре против 2,0% в группе II триместра ($p=0,048$). Летальных исходов среди матерей не было.

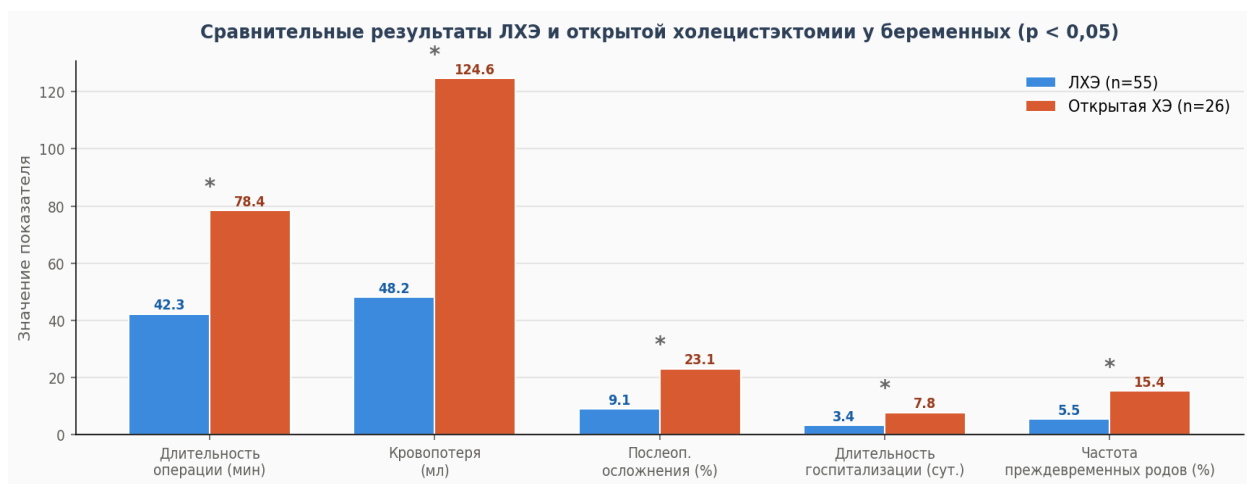


Рис. 2. Сравнительные результаты лечения при ЛХЭ и открытой холецистэктомии у беременных ($p < 0,05$ по всем показателям)

Операционное время при ЛХЭ достоверно меньше, чем при открытой ХЭ ($42,3 \pm 8,6$ мин против $78,4 \pm 14,2$ мин, $p < 0,001$). Интраоперационная кровопотеря: $48,2 \pm 12,4$ мл против $124,6 \pm 38,7$ мл ($p < 0,001$). Частота послеоперационных осложнений: 9,1% vs 23,1% ($p=0,048$). Длительность

госпитализации: $3,4 \pm 1,2$ vs $7,8 \pm 2,3$ сут. ($p < 0,001$). Частота преждевременных родов: 5,5% vs 15,4% ($p=0,042$).

Таблица 1

Распределение пациенток по виду осложнения и методу лечения

Вид осложнения ЖКБ	ЛХЭ (n)	Открытая ХЭ (n)	ЭРХПГ+ЭПСТ (n)	Всего (%)
Острый калькулёзный холецистит	41	17	-	58 (66,7%)
Холедохолитиаз + механическая желтуха	9	3	17	17 (19,5%)
Острый билиарный панкреатит	5	2	1	8 (9,2%)
Перфоративный холецистит + перитонит	0	4	-	4 (4,6%)
Итого	55 (63,2%)	26 (29,9%)	18 (20,7%)	87 (100%)

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что ЖКБ у беременных является клинической проблемой, требующей мультидисциплинарного подхода с участием хирурга, акушера-гинеколога и анестезиолога. ЛХЭ при осложнённой ЖКБ во II триместре достоверно снижает частоту послеоперационных осложнений, сокращает длительность госпитализации и уменьшает вероятность преждевременных родов по сравнению с открытым доступом ($p < 0,05$). Данные согласуются с результатами систематических обзоров и позицией SAGES.

Тяжёлой клинической ситуацией являлось сочетание ЖКБ с острым билиарным панкреатитом. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 62,5% случаев этой группы, задержка внутриутробного развития - в 25%. ЭРХПГ со сфинктеротомией при холедохолитиазе с механической желтухой обеспечила

успешную декомпрессию в 85,7% случаев при суммарной лучевой нагрузке на плод ниже порогового значения 50 мГр.

Заключение. Осложнённые формы ЖКБ у беременных требуют активной хирургической тактики. Лапароскопическая холецистэктомия является безопасным и эффективным методом лечения при соблюдении специфических технических требований. Оптимальным сроком для плановой ЛХЭ является II триместр (13–26 нед.). Разработанный дифференцированный алгоритм трёх уровней (стратификация по TG18 → выбор доступа → тактика при холедохолитиазе) обеспечивает систематизированный подход и может быть рекомендован для внедрения в хирургических стационарах.

Список литературы:

1. Абдуллаев А.Г., Хасанова М.А. Желчнокаменная болезнь у беременных: современные подходы к диагностике и лечению // Вестник хирургии Узбекистана. - 2021. - № 3. - С. 14–20.
2. Алиев М.А., Сейткали К.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите у беременных // Хирургия (Москва). - 2020. - № 5. - С. 42–48.
3. Гарипов Р.М., Нуртдинов М.А. Тактика хирурга при остром холецистите у беременных // Практическая медицина. - 2019. - Т. 17, № 6. - С. 88–93.
4. Ефименко Н.А., Протасов А.В. Острый холецистит при беременности // Хирург. - 2020. - № 7–8. - С. 4–14.
5. Каримов Ш.И., Хаджибаев А.М. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у беременных // Медицинский журнал Узбекистана. - 2022. - № 1. - С. 33–39.
6. Малков И.С., Закиров Р.Х. Лапароскопические операции у беременных // Казанский медицинский журнал. - 2021. - Т. 102, № 4. - С. 517–522.
7. Подымова С.Д. Заболевания желчевыводящей системы у беременных. - М.: Медицина, 2019. - 184 с.
8. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Т. 2. - 688 с.
9. Токийские рекомендации по острому холециститу (TG18) // J. Hepato-Biliary-Pancreatic Sci. - 2018. - Vol. 25. - P. 3–16.

10. Ahmed K.E., Bhakta P. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy: a systematic review // Surg. Endosc. - 2021. - Vol. 35, No. 8. - P. 4187–4198.
11. SAGES Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Use of Laparoscopy during Pregnancy // Surg. Endosc. - 2017. - Vol. 31, No. 10. - P. 3767–3782.
12. Waage A., Jacobsen A.F. Cholecystectomy in pregnancy: a population-based cohort study // Br. J. Surg. - 2020. - Vol. 107, No. 8. - P. 1018–1026.