© Коллектив авторов, 2018
УДК 618.2-06:616.366-003.7-06-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-45-48

М. А. Китаева, А. Ю. Корольков, В. Ф. Беженарь, Д. А. Смирнов, Д. Н. Попов,
С. Ф. Багненко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты оказания помощи беременным, доставленным в клинику Университета с подозрением на осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ). **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных за 2 года, обратившихся в экстренном порядке с подозрением на осложнения ЖКБ. Всего за данный период с подозрением на данную патологию обратились 69 пациенток на разных сроках гестации, от 22 до 39 недель беременности. Средний возраст поступивших составил $(29,20 \pm 0,8)$ года. 48,98 % из поступивших были первобеременными. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Наличие ЖКБ подтвердилось у 82,61 % беременных. Из них у 43,86 % диагностирована печеночная колика, купируемая спазмолитической терапией. У 52,63 % беременных выявлен острый холецистит. В 5,26 % потребовалось оперативное вмешательство – лапароскопическая холецистэктомия. У 8,77 % беременных с ЖКБ поставлен диагноз «Острый билиарный панкреатит», в 1 случае потребовалось родоразрешение и ревизия брюшной полости. Также в 3,51 % диагностирован холедохолитиаз с механической желтухой, выполнено эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Осложнения ЖКБ занимают 2-е место по частоте встречаемости среди неотложных хирургических заболеваний у беременных. Картина УЗИ является отправной точкой для определения дальнейшей тактики лечения данной категории больных. Беременных с осложнениями ЖКБ целесообразно обследовать в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) совместно хирургами и акушерами-гинекологами.

Ключевые слова: хирургическая патология беременных, желчекаменная болезнь, печеночная колика, холецистит, билиарный панкреатит, холедохолитиаз, маршрутизация беременных

M. A. Kitaeva, A. Yu. Korolkov, V. F. Bezhenar, D. A. Smirnov, D. N. Popov, S. F. Bagnenko

Surgical tactics in complications of gallstone disease in pregnant woman at late stages of gestation

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

The **OBJECTIVE** is to analyze the results of rendering medical assistance to pregnant women delivered to the University clinic with suspicion of complications of cholelithiasis. **MATERIAL AND METHODS.** The authors conducted the retrospective analysis of the case histories of pregnant women for 2 years, who applied urgently with suspicion of complications of cholelithiasis. In total, 69 patients at different stages of gestation, from 22 to 39 weeks of pregnancy, appealed with suspicion of complication of cholelithiasis for this period. The average age of enrolled patients was 29.20 ± 0.8 years. 48.98 % of the enrolled patients were pregnant at first time. **RESULTS.** The presence of cholelithiasis was confirmed in 82.61 % of pregnant women. 43.86 % of these patients were diagnosed with hepatic colic, which was stopped by spasmolytic therapy. 52.63 % of pregnant women were diagnosed with acute cholecystitis. The surgical intervention – laparoscopic cholecystectomy – was required in 5.26 %. Acute biliary pancreatitis was in 8.77 % of pregnant women with cholelithiasis; delivery and revision of the abdominal cavity were required in 1 case. In addition, 3.51 % had choledocholithiasis with mechanical jaundice. All patients with this diagnosis were performed endoscopic papillosphincterotomy with lithoextraction. **CONCLUSION.** Complications of cholelithiasis rank the second place in the frequency of occurrence among urgent surgical diseases in pregnant women. The ultrasound examination is the starting point for determining the further treatment tactics for this category of patients. Pregnant women with complications of cholelithiasis should be examined in inpatient department of ambulance by surgeons and obstetrician-gynecologists collaboratively.

Keywords: surgical pathology of pregnant women, cholelithiasis, hepatic colic, cholecystitis, biliary pancreatitis, choledocholithiasis, routing of pregnant women

Введение. Неотложные хирургические заболевания у беременных – сложная междисциплинарная проблема акушерства и гинекологии и абдоминальной хирургии. Помимо опасности для будущей матери, острые хирургические заболевания органов брюшной полости могут привести к преждевременному прерыванию беременности, возможна и гибель плода [1].

Осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ) занимают 2-е место после острого аппендицита среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных. Острый холецистит встречается в 1 случае на 2000–5000 пациенток, до 85 % острых панкреатитов у беременных (частота 1 на 1500–4500 беременных) имеют билиарный генез. Беременность является предраспола-

гающим фактором как к развитию желчнокаменной болезни, так и к манифестации ее клинических симптомов и осложнений. Особую актуальность проблеме осложнений ЖКБ у беременных придает рецидивирующий характер течения заболевания: по данным ретроспективного исследования, частота рецидивирования симптомов холецистолитиаза составляет около 58 %, примерно 27 % требуют повторной госпитализации [2]. Похожая картина наблюдается и при остром панкреатите: в среднем около 52 % беременных с панкреатитом требуют в дальнейшем в течение беременности повторной госпитализации с рецидивом заболевания, а перенесшие острый панкреатит в первом триместре практически обязательно будут иметь повторные приступы в течение дальнейшей беременности [3].

Хирургическое лечение также рискованно: частота преждевременных родов в течение 2 недель после холецистэктомии во втором триместре составляет 8,2 %, а в третьем – 25,3 %. Частота гибели плода при остром панкреатите составляет около 4,7 %, преждевременные роды развиваются примерно у 16 % больных [4, 5].

Целью исследования было проанализировать результаты оказания помощи беременным, доставленным в клинику Университета с подозрением на осложнения ЖКБ в условиях СтОСМП.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, обратившихся в экстренном порядке с подозрением на осложнения ЖКБ за период 2015–2016 гг. В рамках данного исследования в качестве осложнений ЖКБ рассматривались печеночная колика, острый холецистит, холедохолитиаз, а также острый панкреатит.

За рассмотренный период в клинику были доставлены 248 беременных с подозрением на неотложные хирургические заболевания органов брюшной полости, из них 69 (27,82 %) – с подозрением на осложнения ЖКБ. Средний возраст поступивших составил $(29,20 \pm 0,8)$ года, минимальный – 15,9 года, максимальный – 43,7 года. 48,98 % из поступивших были первобеременными, у 30,61 % была вторая беременность, у 20,41 % беременностей в анамнезе было больше 2. Средний срок беременности на момент поступления составил $32,12 \pm 0,65$ недели, в диапазоне от 22 до 39. За рассмотренный период 2 пациентки (2,9 %) дважды поступали в нашу клинику в связи с ЖКБ на фоне беременности.

Согласно существующим на данный момент принципам маршрутизации, все беременные поступали изначально в приемный покой акушерской клиники, где их первично осматривал акушер-гинеколог, осуществлялся забор анализов крови и мочи, а также проводилась кардиотокография (КТГ) плода. Это позволяло исключить острую патологию беременности, оценить общее состояние беременной и функциональное состояние плода. При исключении острой акушерской патологии беременные сантранспортом переводились для дальнейшего обследования и лечения в СтОСМП. Во всех рассмотренных случаях пациентки доставлялись в СтОСМП в течение часа с момента поступления.

В условиях СтОСМП в обязательном порядке всем пациенткам были выполнены лабораторные и инструментальные исследования – клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ.

Все пациентки при поступлении дали информированное согласие на участие в научном и клиническом исследовании. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в ред. 2013 г.).

Результаты. Анализ жалоб беременных женщин при поступлении показал, что основным поводом к установке диагнозов «Острый холецистит» или «Острый панкреатит» послужили боли в эпигастрии и правом подреберье постоянного характера. Такой болевой синдром встречался у 90 % поступивших, причем в 30 % случаев прослеживалась отчетливая связь с приемом пищи. Важным диагностическим критерием являлась диспепсия, тошнота и рвота отмечена у 60 % пациенток. Жалобы на повышение температуры встречались только у 25 % пациенток. Лишь в 40 % случаев анамнестические данные указывали на наличие ЖКБ, у большинства беременных заболевание проявилось себя впервые.

Беременность не оказывает значимого влияния на уровень билирубина и его фракций и на уровень амилазы крови. Затруднение вызывает трактовка клинического анализа крови, что связано с физиологическим лейкоцитозом, величина которого пропорциональна сроку гестации.

Клиническое обследование позволяет сделать предварительные выводы о характере заболевания, но далеко не во всех случаях: характерные боли с типичной иррадиацией отмечались только у 1 пациентки с острым панкреатитом средней степени тяжести, в остальных случаях при физикальном осмотре фиксировалась только локальная болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Ни в одном случае не был описан пальпируемый желчный пузырь. В то же время следует отметить, что оценка симптоматики острого холецистита и острого панкреатита у беременных на поздних сроках затруднена в связи с высоким расположением дна матки.

Основным методом инструментальной диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Считается, что в диагностике заболеваний желчного пузыря, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы беременность не оказывает влияния на информативность метода. Однако, по нашим данным, в ряде случаев визуализация верхнего этажа брюшной полости была затруднена в силу пневматизации петель кишки.

УЗИ брюшной полости выполнено всем 69 пациенткам, поступившим с подозрением на ЖКБ и ее осложнения. В 4 случаях (7,01 %), когда имелись

УЗИ-признаки желчной гипертензии (расширение общего желчного протока более 1 см, подозрение на наличие конкрементов в холедохе – у 3 пациенток), либо гипербилирубинемия с повышением прямой фракции и затруднения при УЗИ, связанные с пневматизацией кишки (у 1 пациентки), выполнялась магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости с МРТХПГ (МРТ с холангиопанкреатографией).

По данным УЗИ, наличие ЖКБ подтвердилось у 57 (82,61 %) пациенток из 69 поступивших.

У 25 пациенток из этих 57, что составило 43,86 %, признаков острого воспаления желчного пузыря выявлено не было: желчный пузырь обычных размеров, стенки не утолщены, в полости конкременты, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. В таких случаях пациентки наблюдались и получали спазмолитическую и инфузионную терапию в условиях СтОСМП. У всех пациенток в этой группе на фоне проведенной терапии болевой синдром был полностью купирован. Все пациентки были выписаны на амбулаторное лечение, состояние расценено как ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, печеночная колика. Во всех случаях осложнений со стороны течения беременности не отмечено, родоразрешения не потребовалось.

У 30 (52,63 %) беременных по данным УЗИ выявлены признаки острого холецистита: желчный пузырь обычных размеров, либо увеличен, стенка его утолщена, неоднородна, без признаков слоистости либо с участками слоистости (у 3 пациенток, 5,26 %). Расширения желчных протоков выявлено не было. В таких случаях состояние расценивалось как острый калькулезный холецистит, все пациентки госпитализировались в хирургический стационар, где проводилась инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия и динамическое наблюдение. В большинстве случаев (28 пациенток, 93,3 %, или 49,12 % от всех 57 беременных с ЖКБ) на фоне терапии в сроки от 3 до 6 суток удалось добиться полного купирования клинической симптоматики и картины УЗИ.

У 3 пациенток этой группы на фоне консервативного лечения не удалось добиться положительной динамики, что послужило показанием к оперативному лечению. Максимальная продолжительность динамического наблюдения и терапии у этой группы больных составила 16 ч.

Все пациентки этой группы имели срок беременности от 26 до 32 недель, хирургическое лечение начинали из лапароскопического доступа. Считаем, что для выбора доступа значение имеет не абсолютный срок беременности, а высота стояния дна матки в случае, если есть возможность введения

первого троакара на 4 см выше пальпируемого дна матки. Первый троакар устанавливали по способу Хассена. Для предотвращения неблагоприятных эффектов пневмоперитонеума максимальное давление в брюшной полости составляло 10 мм вод. ст. [6]. Во всех случаях удалось выполнить лапароскопическую холецистэктомию, конверсия не потребовалась, осложнений, в том числе и со стороны беременности, не было.

У 5 беременных (8,77 %) на основании клинической картины и лабораторных данных (повышение амилазы крови от 500 до 1800 Ед/л) состояние было расценено как острый билиарный панкреатит. Диагноз был подтвержден на основании УЗИ, однако у 1 пациентки на сроке 38 недель высокое стояние дна матки не позволило визуализировать поджелудочную железу. В таких случаях считаем показанным МРТ брюшной полости. Все пациентки с острым панкреатитом были госпитализированы; 2 из них, в связи с развитием панкреатита среднетяжелой и тяжелой степени, наблюдались и лечились в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. В 1 случае существенной положительной динамики добиться не удалось, через 3 ч после поступления акушерами было принято решение об экстренном родоразрешении, выполнено кесарево сечение и ревизия брюшной полости, подтвердившая наличие острого панкреатита; во втором случае интенсивная терапия дала положительный эффект, и на 4-е сутки пациентка была переведена на хирургическое отделение, откуда выписана на 9-е сутки от момента поступления в удовлетворительном состоянии. Пациентки с легким панкреатитом, получавшие лечение на хирургическом отделении, были выписаны в сроки от 7 до 12 дней без осложнений со стороны беременности.

У 2 пациенток (3,51 %) в биохимическом анализе крови обратило на себя внимание повышение общего билирубина за счет прямой фракции, при УЗИ – незначительное расширение общего желчного протока, без четкой визуализации в нем конкрементов, на фоне наличия мелких конкрементов в желчном пузыре. В таких случаях считаем показанной МРТ-холангиопанкреатографию для уточнения причины обструкции желчевыводящих протоков, а также фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с осмотром большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки (БДС). В обоих случаях холедохолитиаз подтвержден – выполнена ЭПСТ. Эндоскопическую оценку БДС считаем также показанной при остром панкреатите, в описанном выше случае острого тяжелого панкреатита была произведена ЭПСТ. В наших наблюдениях ФГДС не оказывала влияния на течение беременности, угрозы прерывания и преждевременных родов,

спровоцированных фиброэндоскопией, не отмечено. В среднем пациентки после ЭПСТ по поводу холедохолитиаза выписывались на амбулаторное лечение на 5-е сутки после операции, осложнений со стороны беременности не было, родоразрешения не потребовалось.

Обсуждение. Следует отметить, что все беременные с подозрением на острую хирургическую патологию, вне зависимости от срока гестации, первоначально поступают в клинику акушерства и гинекологии, где проводится исключение острой акушерско-гинекологической патологии, оценка состояния матери и плода. При подозрении на острую хирургическую патологию беременные переводились в СтОСМП, где проводилось дообследование в зависимости от экстрагенитальной патологии. Во всех рассмотренных случаях пациентки доставлялись в СтОСМП в течение часа с момента поступления. В данной работе показано, что в случаях выявления билиарной гипертензии, при подозрении на холедохолитиаз и острый билиарный панкреатит необходимо выполнять МРХПГ или МРТ органов брюшной полости – данные исследования не несут опасности для матери и плода, однако являются более информативными в оценке внепеченочных протоков и состояния поджелудочной железы, чем УЗИ. Картина УЗИ является отправной точкой для определения дальнейшей тактики лечения данной категории больных. Эндоскопические методы диагностики и лечения безопасны на фоне беременности и показывают хорошие результаты в лечении холедохолитиаза и острого билиарного панкреатита. Результаты данной работы оцениваются нами как хорошие, так как только в 1 случае потребовалось прерывание беременности на сроке 35 недель путем кесарева сечения (живой новорожденный, 6/7 по шкале Апгар), а смерти матери или плода не наблюдалось.

Выводы. 1. Осложнения ЖКБ составляют 27,82 % всех неотложных хирургических заболеваний у беременных. 60 % пациенток не знали о наличии ЖКБ до ее манифестации в ходе беременности. Следовательно, при планировании беременности целесообразно рекомендовать УЗИ брюшной полости и холецистэктомии при выявлении холецистолитиаза.

2. Основным критерием догоспитальной диагностики является наличие болей в эпигастрии, особенно сопровождаемых диспептическими явлениями.

3. УЗИ брюшной полости является высокоинформативным скрининговым методом исследования при ЖКБ и должно использоваться в качестве скринингового у этой группы пациенток. Однако при сроке беременности более 31–32 недель ультразвуковая визуализация поджелудочной железы затруднена и малоинформативна в связи с высоким стоянием дна матки, и показана МРТ.

4. МРТ брюшной полости и МРХПГ абсолютно показаны при подозрении на желчную гипертензию и острый билиарный панкреатит.

5. Эндоскопические методы диагностики и лечения абсолютно показаны при холедохолитиазе и остром панкреатите и вполне безопасны на фоне беременности.

6. При лечении данной группы беременных необходимо тесное взаимодействие хирургов и акушеров-гинекологов, что позволяет максимально эффективно реагировать на изменения состояния пациентки.

Конфликт интересов / Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Серов В. Н., Сухих Г. Т., Баранов И. И., Пырегов А. В. Неотложные состояния в акушерстве. 2011. С. 30–32. [Sеров В. Н. и др. Neotlozhnyye sostoyaniya v akusherstve. 2011. P. 10–15].
2. Еремина Е. Ю. Лечение патологии органов пищеварения у беременных : метод. указ. для врачей. Саранск, 2008. С. 26–29. [Eremina E. Yu. Lechenie patologii organov pishchevareniya u beremennyh: metodicheskie ukazaniya dlya vrachej. Saransk, 2008. P. 26–29].
3. Стяжкина С. Н., Ситников В. А. Панкреонекроз во время беременности и в послеродовом периоде // Международ. студ. науч. вестн. 2016. № 6. С. 74. [Styazhkina S. N., Sitnikov V. A. Pankreonekroz vo vremya beremennosti i v poslerodovom periode // Mezhdunarodnyj studentcheskij nauchnyj vestnik. 2016. № 6. S. 74].
4. Айламазян Э. К. Акушерство: Национальное руководство. СПб.: СпецЛит, 2009. С. 205–208. [Ajlamazyan E. K. Akusherstvo: Nacional'noe rukovodstvo. SPb.: SpecLit, 2009. P. 205–208].
5. Goran A. Acute abdomen during pregnancy. Springer, 2014. P. 101–203.
6. Reedy M. B., Galan H. L., Richards W. E. et al. Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparoendoscopic surgeons // J. Reprod. Med. 1997. P. 25–33.

Поступила в редакцию 22.05.2018 г.

Сведения об авторах:

Китаева Мария Андреевна (e-mail: m-kitaeva@yandex.ru), врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии) НИИ хирургии и неотложной медицины; *Корольков Андрей Юрьевич* (e-mail: korolkov.a@mail.ru), д-р мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 1, руководитель хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии) НИИ хирургии и неотложной медицины; *Беженарь Виталий Федорович* (e-mail: bez-vitaly@yandex.ru), д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии; *Смирнов Дмитрий Алексеевич* (e-mail: dmsmrn@gmail.com), канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии; *Попов Дмитрий Николаевич*, клинический ординатор хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии) НИИ хирургии и неотложной медицины; *Багненко Сергей Федорович* (e-mail: bagnenko_spb@mail.ru), академик РАН, ректор; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.