

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Ю. Винник**<sup>1</sup>, заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Егорова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**Е. Серова**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**А. Струзик**<sup>1</sup>,  
**С. Миллер**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
**С. Мухин**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Л. Чхаидзе**<sup>3</sup>,  
**О. Грачева**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

<sup>2</sup>Красноярская межрайонная клиническая больница №7

<sup>3</sup>Родильный дом №2, Красноярск

**E-mail:** ekaterina\_s\_07@mail.ru

Беременные – одна из самых уязвимых групп хирургических больных. В развитых странах экстрагенитальная патология занимает 1-е место в структуре материнской смертности. Приведено клиническое наблюдение: больной выполнена холецистэктомия из мини-доступа по поводу острого обтурационного флегмонозного калькулезного холецистита в срок беременности 24 нед; беременность после операции не осложнилась, роды произошли в срок.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, беременность.

Беременные – одна из самых уязвимых групп хирургических больных [1, 2, 4]. В развитых странах экстрагенитальная патология занимает 1-е место в структуре материнской смертности. Согласно данным эпидемиологических исследований, 3–6% беременных страдают желчнокаменной болезнью [5] и примерно 0,05–0,10% из них госпитализируются в хирургические отделения по поводу острого калькулезного холецистита [3, 6].

Приводим клиническое наблюдение.

**Больная Р.**, 32 лет, 23.08.13 поступила в 1-е хирургическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы №7, куда была доставлена бригадой скорой медицинской помощи после консультации врача-акушера-гинеколога Перинатального центра и исключения угрозы преждевременных родов в 23–24 нед беременности. При первичном осмотре больная предъявляла жалобы на постоянные колющие боли в правой подреберной области, тошноту, многократную рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения, сухость во рту, слабость. С момента появления жалоб прошло 4 ч. Больная отмечала четкую связь острого начала заболевания с погрешностью в диете (прием жирной пищи). Подобных состояний ранее не было, при УЗИ конкрементов в желчном пузыре (ЖП) не обнаружено.

Тяжесть состояния больной была расценена как средняя. Температура тела – 36,5°C. Гемодинамические показатели – в пределах нормы: частота сердечных сокращений – 82 в минуту, АД – 120/75 мм рт. ст. Периферических отеков и дизурических явлений не было. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом у корня. При поверхностной пальпации живота отмечались локальное мышечное напряжение и болезненность в эпигастальной и правой подреберной областях. Дно ЖП не пальпировалось. Перитонеальных симптомов не было. При пальпации беременной матки болезненность отсутствовала, гипертонуса стенок матки не определялось.

При поступлении отмечался умеренный лейкоцитоз ( $9,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ) без сдвига лейкоцитарной формулы влево. Уровень общего белка, мочевины, креатинина, билирубина, амилазы, диастазы, трансаминаз (аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) – в пределах нормы. Обращал на себя внимание повышенный уровень фибриногена (5,2–5,5 г/л) на фоне нормальных значений маркеров системы гемостаза (протромбиновый индекс, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, растворимые фибрин-мономерные комплексы). В день поступления выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек, при котором впервые были обнаружены конкременты в просвете ЖП размером от 4 до 6 мм. При этом ЖП не был увеличен, однако наблюдались признаки выраженного воспалительного процесса в его стенке: утолщение до 5 мм и слоистость. Изменений во внутри- и внепеченочных протоках, поджелудочной железе, а также в других органах брюшной полости и почках при УЗИ выявлено не было. УЗИ матки и плода в I и II триместрах выполнено в срок; патологии не обнаружено. От проведения эзофагогастроудоденоскопии больная отказалась.

Была назначена стандартная консервативная терапия; внутривенные инфузии миотропных спазмолитических препаратов (папаверина гидрохлорид) на физиологическом растворе, кристаллоидные растворы. Антибактериальную терапию в предоперационном периоде не проводили в связи с отсутствием лихорадки и лейкоцитоза. На фоне терапии отмечена положительная динамика состояния. Уже на старте лечения удалось практически полностью купировать болевой и диспепсический синдромы. Однако приступы болей в правом подреберье, провоцируемые приемом пищи, периодически появлялись вновь, хотя и довольно эффективно купировались спазмолитическими средствами. 28.08.13 вечером у больной появились субфебрильная температура тела и лейкоцитоз ( $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) без сдвига лейкоцитарной формулы влево. 29.08.13 утром очередной приступ болей купировать не удалось, отмечены повышение температуры тела до 38,0°C и появление нечетких перитонеальных симптомов в правой подреберной области. Был созван консилиум и принято решение о необходимости срочной холецистэктомии в присутствии акушера-гинеколога Акушерского реанимационно-консультативного центра.

29.08.13 под спинномозговой анестезией из мини-доступа в правом подреберье с помощью набора инструментов мини-ассистент выполнена холеци-

стэктомия «от шейки». На операции: ЖП увеличен, флегмонозно изменен с умеренным инфильтратом в области шейки с переходом на гепатодуоденальную связку. При интраоперационной пункции ЖП получено 80 мл темной желчи с гноем. При вскрытии ЖП в просвете — одиночный конкремент диаметром 6 мм, обтурирующий шейку. Течение послеоперационного периода гладкое. С 29.08.13 по 31.08.13 больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, после чего переведена в 1-е хирургическое отделение. В послеоперационном периоде продолжала получать спазмолитические препараты, инфузионную терапию, а также антибиотик (цефсон) и профилактическую дозу клексана. Швы сняты на 7-е сутки. 08.09.13 больная выписана в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение хирурга и акушера-гинеколога.

05.12.13 — срочные роды (2-е) в 38–39 нед, через естественные родовые пути. Родилась здоровая девочка, масса тела — 3430 г, длина тела — 54 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. Течение родов без особенностей, общая продолжительность — 5 ч 25 мин. После родов осложнений со стороны печени и желчевыводящих путей не выявлено. В настоящее время больная чувствует себя удовлетворительно, соблюдает диету. Появление болей в верхних отделах живота после выписки не отмечала.

При анализе данного случая обращает на себя внимание некоторое несоответствие интраоперационной находки, течения заболевания и результатов лабораторно-инструментального обследования. На протяжении всего периода до операции наблюдался умеренный (до  $10 \cdot 10^9$ /л) лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы влево, отсутствовала лихорадка, субфебрильная температура появилась только вечером накануне операции. Это может объясняться некоторой физиологической иммуносупрессией, присущей всем беременным. О деструктивном процессе в стенке ЖП свидетельствовали лишь данные УЗИ и повышение уровня острофазного белка фибриногена. Отсутствие антибактериальной терапии в предоперационном периоде можно объяснить отсутствием объективных признаков выраженного воспалительного процесса бактериальной этиологии и, несомненно, наличием беременности. Ведь любое решение об отклонении от стандартов оказания медицинской помощи беременным должно приниматься на консилиуме и быть подкреплено объективными данными. К слову, антибактериальная терапия, согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Красноярского края, в данном случае показана не была.

По нашему мнению, у беременных, госпитализированных в связи с острым калькулезным холециститом, для большей объективности должны применяться дополнительные методы обследования: определение уровня в крови острофазных белков и специфических антимикробных пептидов. Эти методы обладают наибольшей чувствительностью, способны помочь объективно оценить выраженность воспалительного процесса и доказать его бактериальную этиологию. На основании полученных данных может быть своевременно назначена адекватная антибактериальная терапия и объективизирована формулировка показаний к оперативному лечению, что, несомненно, поможет врачам в лечении беременных с острым калькулезным холециститом.

## Литература

1. Кондратина Т.Г. Белки острой фазы воспаления и маркеры эндотоксемии, их прогностическая значимость в гинекологической практике // Рос. вестн. акушера-гинекол. — 2009; 3: 26–30.
2. Винник Ю.С., Серова Е.В., Андреев Р.И. и др. Консервативное и оперативное лечение желчнокаменной болезни // Фундаментальн. исслед. — 2013; 9: 954–8.
3. Кох Л.И., Степанов И.А. Острый живот в акушерстве. Метод. пособие / Томск: Лаборатория оперативной полиграфии СГМУ, 2002; 39 с.
4. Егорова А.Т., Маисеенко Д.А., Киселева Е.Ю. и др. Сравнительный анализ течения заболеваний панкреатобилиарной системы у беременных // Науч. ведомости Белгородского государственного университета. — 2013; 25 (168): 25–32.
5. Ko C. Biliary sludge and acute pancreatitis during pregnancy // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. — 2006; 3 (1): 53–7.
6. Liu B., Beral V., Balkwill A. Childbearing, breastfeeding, other reproductive factors and the subsequent risk of hospitalization for gallbladder disease // Int. J. Epidemiol. — 2009; 38: 279–85.

## SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN II TRIMESTER OF PREGNANCY. CLINICAL OBSERVATIONS

Professor Yu. Vinnik<sup>1</sup>, MD; Professor A. Egorova<sup>1</sup>, MD; E. Serova<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences; A. Struzik<sup>1</sup>, S. Miller<sup>2</sup>; Candidate of Medical Sciences; S. Mukhin<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences; L. Chkhaidze<sup>3</sup>; O. Gracheva<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky  
<sup>2</sup>Krasnoyarsk Interdistrict Hospital №7  
<sup>3</sup>Maternity Hospital №2, Krasnoyarsk

*Pregnant — one of the most vulnerable groups in the structure of surgical patients. In developed countries, extragenital pathology ranks first in the causes of maternal mortality. According to epidemiological studies 3-6% of pregnant women suffer from cholelithiasis. Approximately 0,05-0,1% of pregnant women hospitalized in surgical departments with acute calculous cholecystitis. Under our supervision was sick, which was performed cholecystectomy of «mini-access» for acute obstructive purulent calculous cholecystitis in 24 weeks gestation with uncomplicated pregnancy after surgery and birth of a child in appointed time.*

**Key words:** cholelithiasis, acute calculous cholecystitis, pregnancy.