

# ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Трефилова М.А.<sup>1</sup>, Гафурова М.М.<sup>2</sup> Email: Trefilova629@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Трефилова Марина Аркадьевна – студент;

<sup>2</sup>Гафурова Миляуша Марселевна – студент,  
кафедра факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

**Аннотация:** представленная статья посвящена изучению беременности как одного из факторов риска развития камней в желчном пузыре. В данной статье рассмотрена актуальность проблемы, представлены современные данные по эпидемиологии, этиологии и патогенетическим механизмам развития холецистита в период беременности. Описан клинический случай хронического калькулезного холецистита в стадии обострения у беременной, на основании которого можно предположить влияние данного заболевания на протекание беременности и родов.

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

## CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS OF PREGNANT WOMEN (CLINICAL CASE)

Trefilova M.<sup>1</sup>, Gafurova M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trefilova Marina Arkadevna – Student;

<sup>2</sup>Gafurova Milyausha Marselevna – Student,  
DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY,

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY, IZHEVSK

**Abstract:** the article is devoted to the study of pregnancy as one of the risk factors for the development of gallstones. In this article considered the urgency of the problem, the article presents modern information about epidemiology, etiology and pathogenetic mechanisms of cholecystitis development during pregnancy. There are described a clinical case of chronic cholecystitis in the acute stage in a pregnant woman, on the basis of which we can assume the effect of this disease on the course of pregnancy and childbirth.

**Keywords:** cholecystitis, cholelithiasis, pregnancy.

УДК 616.37-002

Хронический холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением его моторно-эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутривезикулярных конкрементов.

Актуальность:

Хронический холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов, 10% населения земного шара страдает хроническим холециститом. В развитых странах частота заболевания составляет 10-15% и увеличивается в два раза за каждое десятилетие. В России распространенность заболевания достигает 12%. Наибольшая заболеваемость 71,1% приходится на возраст 40-59 лет. Отмечается увеличение частоты встречаемости хронического холецистита у лиц молодого возраста, в детском возрасте и среди мужского населения. Женщины страдают этим заболеванием в 3-4 раза чаще мужчин. После 70 лет половые различия в заболеваемости исчезают, заболеваемость постепенно увеличивается и достигает 30-40%.

Эпидемиология:

Беременность — это физиологическое состояние организма, она является периодом повышенной нагрузки на все органы, особенно значительной для женщин, уже имеющих ту или иную патологию [2].

В настоящее время у беременных женщин наблюдается увеличения роста частоты экстрагенитальной патологии, в том числе хирургической, что оказывает негативное влияние на течение и исход гестационного процесса.

Исследуя данную проблему, большинство авторов причину заболеваний желчевыделительной системы связывает с беременностью и родами, в их развитии имеет большое значение множество и других факторов, таких как конституция, наследственность, инфекция, застой, изменение химического состава и физических свойств желчи, нарушение обмена. Поэтому многие авторы считают, что именно при беременности имеется совокупность всех этих факторов. Хронический холецистит обостряется во время беременности у 30-35% женщин, причём в большинстве случаев в третьем триместре беременности. В 88% случаев заболевание проявляется болевым синдромом [1].

Этиология и патогенез:

Во время беременности создаются благоприятные условия как для манифестации уже имеющейся желчнокаменной болезни, проявляющейся преимущественно в виде желчной колики или острого холецистита и требующей экстренного оперативного и интенсивного консервативного лечения, так и развития данной патологии на фоне свойственных беременности нарушений моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря в форме гипокинезии с застоем желчи, а также повышения вязкости желчи с формированием билиарного сладжа и желчных камней [2].

В развитии хронического холецистита основную роль играют два фактора: инфекция и застой желчи, обусловленный дискинетическими нарушениями. Последние, как правило, и обуславливают клинические проявления болезни [4].

В основе дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей лежат нарушения их двигательной активности, обусловленные расстройствами нейрогуморальной регуляции. Различают два вида дискинезий: гипер- и гипомоторную, которые имеют определенные различия. Гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей характеризуется усиленной сократительной способностью желчного пузыря и протоков, вследствие чего в двенадцатиперстную кишку выбрасывается слишком большое количество желчи. Данная форма дискинезии чаще развивается у молодых людей.

Гипомоторная дискинезия характеризуется вялой сократительной способностью желчного пузыря и протоков, вследствие чего в двенадцатиперстную кишку поступает недостаточное, очень малое количество желчи. Для беременных характерны гипомоторные нарушения, поскольку основным гормоном, преобладающим во вторую половину беременности является прогестерон, расслабляющий все гладкомышечные органы (основной физиологический смысл его действия в организме беременной – расслабление матки, препятствие преждевременным родам, выкидышу). В основе гипомоторной дискинезии лежит недостаточное, слабое опорожнение желчного пузыря. Именно двигательные нарушения и определяют клинические проявления хронического холецистита у беременных, а не воспаление [6].

Клиническая картина.

Хронический холецистит в период беременности устанавливается на основании жалоб, тщательно собранного анамнеза, объективных данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования. В анамнезе беременной есть указания на перенесённый ранее острый холецистит или периодические обострения хронического холецистита, чаще — дискинезию желчевыводящих путей [3].

В клинической картине заболевания преобладает болевой синдром (в 88% случаев). Беременные жалуются на тупые, распирающие, ноющие (или острые в зависимости от вида дискинезии) боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, правое плечо, ключицу, реже боли в эпигастрии или левом подреберье. Кроме того, чувство тяжести в правом подреберье, ощущение горечи во рту, отрыжки горьким, тошноту, рвоту, изжогу, вздутие живота, неустойчивый стул. Характерно появление или усиление болей после погрешностей в диете; 25% женщин во второй половине беременности связывают боли с шевелениями плода, его положением в матке (вторая позиция).

При объективном обследовании определяются зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда в правом подреберье, под правой лопаткой; при пальпации - болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси.

Показатели клинического и биохимического анализов крови должны оцениваться у беременных с осторожностью, поскольку нейтрофильный лейкоцитоз может быть лишь лейкомоидной реакцией на беременность [6]. В анализах периферической крови обычно не находят отклонений от нормы. В отдельных случаях отмечают умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови иногда обнаруживают повышение активности трансаминаз (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы и  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы (ГГТ), гипербилирубинемии и гиперхолестеринемии [5].

Посев жёлчи иногда помогает установить этиологический фактор воспалительного процесса и определить чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Однако результаты имеют условное значение, поскольку к пузырьной порции жёлчи примешивается содержимое двенадцатиперстной кишки. Нередко в посевах жёлчи, полученной из воспалённого пузыря, вообще нет роста микробов.

В диагностике хронического холецистита наибольшее значение имеет ультразвуковое исследование органов брюшной полости [6]. Основной эхографический признак хронического холецистита — утолщение стенок более 3 мм, утолщение стенок неравномерное, внутренний контур неровный. Обычно патологические изменения более выражены в области шейки жёлчного пузыря. При ультразвуковой холецистографии возможно выявление камней в желчном пузыре и желчных протоках, представляющих собой структуры различной величины, за которыми следует ультразвуковая тень (камень, являясь эхоплотной структурой, полностью отражает ультразвуковые волны, и изображения подлежащих тканей не получается). После желчегонного завтрака определяют сократительную функцию жёлчного пузыря, которая, как правило, снижена [5].

Приводим клинический пример.

Пациентка К., 34 года, поступила 10.02.2017 года, госпитализирована в хирургическое отделение БУЗ 1 РКБ с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения».

Считает себя больной с 9 февраля 2017 года, когда во время беременности (32 недели) появились интенсивные боли в эпигастральной области и правом подреберье. Развитию заболевания способствовали тошнота и многократная рвота. Пациентка обратилась за помощью в поликлинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 110/70 мм рт.ст., пульс - 79 ударов в минуту. Язык влажный. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптомы Лепене, Мейо-Робсона, Ортнера положительные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика активная. Симптом сотрясения отрицательный с двух сторон, отеков нет. Матка в нормотонусе. По данным УЗИ: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения, конкремент в шейке желчного пузыря, расширение внутри- и внепеченочных протоков, умеренные диффузные изменения в печени. По данным МРТ: Холецистолитиаз.

Клинические и эхографические данные ЖКБ, хронического калькулезного холецистита являются показанием к оперативному лечению в плановом порядке, но так как у пациентки имеется беременность (3 триместр) было назначено консервативное лечение.

10.02.2017 года - интенсивное консервативное лечение с использованием препаратов «Урсосан», «Креон», спазмолитических, обезболивающих средств и лечебного питания.

13.02.2017 года – была проведена эвакуация желчи путём пункции желчного пузыря под контролем УЗИ. В результате пункции камень шейки желчного пузыря был удален, после чего наступило улучшение состояния пациентки.

17.02.2017 года – выписана в удовлетворительном состоянии и отправлена на долечивание по месту медицинского обслуживания.

В ходе исследования нами было изучено 12 историй болезни, женщины в возрасте от 23-35 лет. У 3 пациенток проявления заболевания проявились в послеродовом периоде. У 6 пациенток клиника заболевания появилась в третьем триместре беременности. У 2 пациенток заболевание протекало без клинических проявлений, желчнокаменная болезнь обнаруживалась случайно при ультразвуковом исследовании. У 1 пациентки острый холецистит сочетался с отечной формой острого панкреатита.

Таким образом, из данных исследования можно сделать вывод, что беременность является одним из факторов холелитогенеза. Желчнокаменная болезнь, ранее не беспокоившая пациентку, может проявиться при беременности или в раннем послеродовом периоде, но также может протекать без клинических проявлений. Обострение острого холецистита во время беременности может вызвать осложнения, опасные для жизни и женщины, и ребёнка. С целью профилактики острого холецистита и его осложнений необходимо обследовать всех женщин, планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности.

#### *Список литературы / References*

1. Додхоева М.Ф., Абдусаматова З.М., Олимова Л.И. Гестационный процесс и перинатальные исходы при хроническом холецистите // Журнал Доклады Академии наук Республики Таджикистан, 2013. № 7. С. 574-580.
2. Еремينا Е.Ю. Панкреатит у беременных // Журнал Практическая медицина, 2012. № 3. С. 61-70.
3. Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Проничев В.В. Острый холецистит: учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов. Ижевск, 2015. 44 с.
4. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. Хирургические болезни: Учебник / под ред. М.И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.
5. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство: учебник для вузов М.: Медицина, 2009. 656 с.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: «Триада-Х», 2009. 815 с.