

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ



Элмурадов Шохрух Карималиевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК ТАКТИКА

Элмурадов Шохрух Карималиевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DIFFERENTIATED DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGY FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PREGNANCY

Elmuradov Shokhrukh Karimalievich, Sayinaev Farrukh Karamatovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада 121 нафар ҳомиладор аёл кузатуви асосида ўткир калькулёз холециститнинг клиник-диагностик хусусиятлари ёритилган. Қасаллик ҳомиладорликнинг барча триместрларида учраши, кўпроқ II триместрда қайд этилиши ва операция қилинган беморларда деструктив шакллар 85,7% ни ташкил этиши кўрсатилган. Хавфсиз хирургик тактикани танлаш учун эрта ультратовуш диагностикаси, эндотоксемия кўрсаткичлари ва бачадон-ўўлдош қон айланишини баҳолаш зарурлиги асосланган.

Калим сўзлар: ўткир калькулёз холецистит, ҳомиладорлик, эндотоксемия, ультратовуш диагностикаси, лапароскопия, хирургик тактика.

Abstract. The article presents clinical and diagnostic features of acute calculous cholecystitis in pregnancy based on 121 observations. The disease was registered in all trimesters, most often in the second trimester, and destructive forms accounted for 85.7% among operated patients. The need for early ultrasound examination, assessment of endotoxemia and uteroplacental blood flow is substantiated as a basis for selecting a safe and timely surgical strategy.

Keywords: acute calculous cholecystitis, pregnancy, endotoxemia, ultrasound diagnosis, laparoscopy, surgical strategy.

Актуальность. Острый калькулёзный холецистит у беременных представляет собой сложную клинко-хирургическую проблему, поскольку патологический процесс развивается на фоне физиологических изменений гестации, изменённой топографии органов брюшной полости и необходимости одновременной защиты здоровья матери и плода. В отличие от общей хирургической практики, где критерии диагностики и сроки холецистэктомии достаточно стандартизированы, при беременности каждая лечебная тактика должна учитывать триместр, выраженность воспаления, состояние фето-плацентарного кровотока, риск прогрессирования деструкции стенки желчного пузыря и потенциальные акушерские осложнения [1, 2].

Физиологическая гиперхолестеринемия, снижение моторики желчного пузыря под влиянием прогестерона, повышение литогенности желчи и механическое смещение органов увеличенной маткой создают предпосылки для образования конкрементов и обострения билиарной патологии во время беременности. При этом клиническая картина у беременных не всегда соответствует классическому варианту заболевания: во второй половине гестации болевой синдром может изменять локализацию, симптомы раздражения брюшины становятся менее информативными, а лабораторные признаки воспаления требуют осторожной интерпретации с учётом физиологических изменений крови [3, 4].

Современные международные подходы рассматривают ультразвуковое исследование как

первичный и наиболее безопасный метод диагностики билиарной патологии у беременных, а магнитно-резонансная холангиография может использоваться при сомнительной ультразвуковой картине и подозрении на холедохолитиаз. Согласно принципам безопасной визуализации при беременности, ультразвук и МРТ относятся к методам выбора, поскольку не связаны с ионизирующим излучением, что особенно важно при повторных диагностических этапах [5, 6].

Не менее существенным является вопрос выбора момента операции. Консервативная терапия при истинном остром холецистите может временно уменьшить выраженность болевого синдрома, но не устраняет обструкцию пузырного протока и не исключает прогрессирование воспаления до флегмонозной, гангренозной формы, эмпиемы желчного пузыря или перитонита. Поэтому в современной хирургии всё большее значение приобретает дифференцированный подход, при котором решение принимается не только по сроку беременности, но и по тяжести местных изменений, показателям эндотоксемии, данным ультразвуковой доплерометрии и акушерскому статусу [7, 8].

Для практического здравоохранения Республики Узбекистан данная проблема имеет особую актуальность в связи с необходимостью унификации маршрутизации беременных с острой хирургической патологией, повышения доступности лучевых методов диагностики и внедрения миниинвазивных технологий в клинических базах многопрофильных стационаров. Научное обоснование лечебно-диагностического алгоритма при остром калькулёзном холецистите у беременных позволяет снизить вероятность запоздалой операции, уменьшить риск материнских и перинатальных осложнений и обеспечить преемственность между хирургом, акушером-гинекологом, анестезиологом и специалистом ультразвуковой диагностики [2, 9].

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось научное обоснование дифференцированной лечебно-диагностической тактики при остром калькулёзном холецистите у беременных с учётом триместра гестации, клинической формы заболевания, выраженности эндотоксемии, ультразвуковых признаков деструкции желчного пузыря и состояния маточно-плацентарного кровотока.

Материал и методы. Исследование основано на проспективном анализе результатов наблюдения и лечения 121 беременной женщины с острым калькулёзным холециститом, поступившей в клинические базы кафедры хирургических болезней №1 и трансплантологии Самаркандского государственного медицинского университета, а также в Каршинский филиал Республиканского

научного центра экстренной медицинской помощи. В основную группу включены 69 пациенток, при лечении которых использовалась дифференцированная хирургическая тактика с применением современных миниинвазивных технологий. Группу сравнения составили 52 беременные женщины, у которых применялась общепринятая традиционная лечебная тактика.

Возраст пациенток основной группы составил в среднем $28,8 \pm 7,9$ года, в группе сравнения — $30,2 \pm 8,3$ года. Учитывались сроки гестации, акушерский анамнез, особенности клинической картины, данные лабораторной диагностики, показатели эндотоксемии, активность цитолитических ферментов, результаты комплексного ультразвукового исследования органов брюшной полости, ультразвуковой доплерометрии маточно-плацентарного кровотока и, при необходимости, диагностической видеолaparоскопии.

Распределение пациенток по срокам беременности показало, что в I триместре острый калькулёзный холецистит выявлен у 41 женщины, что составило 33,9% всей выборки; во II триместре заболевание зарегистрировано у 54 пациенток, или 44,6%; в III триместре — у 26 беременных, или 21,5%. Таким образом, наибольшая частота наблюдений приходилась на II триместр, однако клиническое значение имело то обстоятельство, что заболевание встречалось на всех этапах гестационного периода.

В ургентном и отсроченном порядке было оперировано 77 пациенток, среди которых 42 женщины относились к основной группе и 35 — к группе сравнения. Морфологическая оценка удалённых желчных пузырей, дополненная данными ультразвукового и интраоперационного исследования, позволила определить структуру патологических форм. Катаральный холецистит установлен в 11 случаях, флегмонозный — в 52, гангренозный — в 14. Следовательно, деструктивные формы составили 85,7% среди оперированных пациенток, что подчёркивает необходимость активной диагностической и хирургической позиции при наличии признаков прогрессирования воспаления.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина острого калькулёзного холецистита у беременных в 72% наблюдений сохраняла сходство с классическим течением заболевания у небеременных пациенток. Тем не менее у значительной части женщин локализация боли и выраженность объективных симптомов зависели от срока беременности. При типичном приступе желчной колики болевой синдром локализовался в правом подреберье у 36% пациенток, в эпигастральной области у 31%, а в левом подреберье с иррадиацией в спину, правую лопатку, межлопаточную область и правое плечо — у 12%.

Таблица 1. Клинико-морфологическая характеристика наблюдений

Показатель	Значение	Клиническая интерпретация
Общее число беременных с ОКХ	121 (100,0%)	Характеризует репрезентативный объём клинического наблюдения
Основная группа	69 (57,1%)	Пациентки, у которых применялась дифференцированная хирургическая тактика
Группа сравнения	52 (42,9%)	Пациентки, получавшие лечение по традиционной тактике
I триместр	41 (33,9%)	Заболевание возможно уже на ранних сроках гестации Наиболее частый период выявления ОКХ Диагностика затрудняется изменением топографии органов
II триместр	54 (44,6%)	
III триместр	26 (21,5%)	
Оперированные пациентки	77 (63,6%)	Группа для морфологической оценки желчного пузыря
Катаральный ОКХ	11 (14,2%)	Менее выраженная воспалительная форма
Флегмонозный ОКХ	52 (67,5%)	Основная доля деструктивных форм
Гангренозный ОКХ	14 (18,2%)	Наиболее опасная форма с выраженной эндотоксемией
Деструктивные формы	66 (85,7%)	Обосновывают необходимость активной хирургической тактики
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	48,4%	Отражает влияние воспаления и эндотоксемии на фетоплацентарную систему

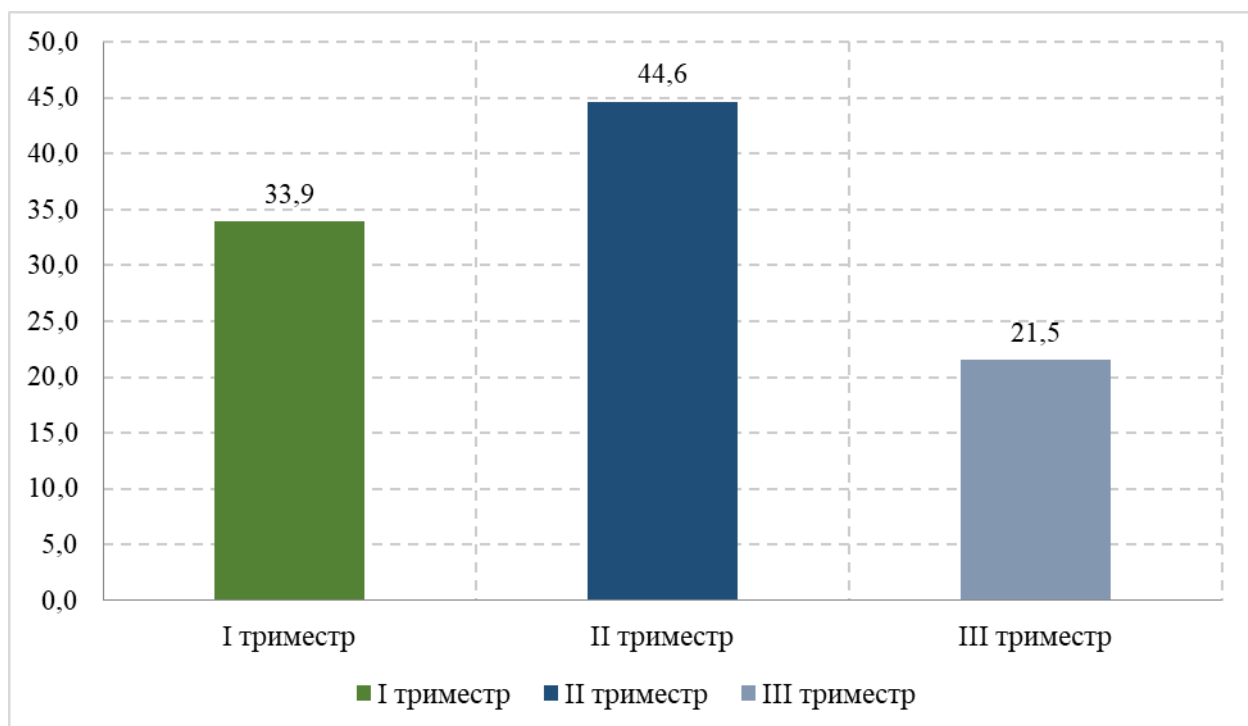


Рис. 1. Распределение беременных с острым калькулёзным холециститом по триместрам гестации

Диспепсический синдром был выявлен у 21% женщин и включал тошноту, рвоту, горечь во рту и вздутие живота.

Особое диагностическое значение имел триместр беременности. В I и II триместрах специфические симптомы острого холецистита, включая симптомы Ортнера, Мерфи и Мюсси, определялись в 95% наблюдений. В III триместре их информативность снижалась до 17%, что было обусловлено увеличением матки, смещением желчного пузыря, растяжением передней брюшной стенки и ограничением возможности полноценной пальпации. Это обстоятельство делает не-

допустимой ориентацию только на физикальные данные у пациенток поздних сроков гестации и требует обязательного применения инструментальной визуализации [4, 5].

Синдром обструкции желчного пузыря был установлен у 31 пациентки и включал признаки блокады пузыря: пальпируемый болезненный и напряжённый желчный пузырь, фиксированный конкремент в шейке при ультразвуковом исследовании, положительный ультразвуковой симптом Мерфи, отсутствие деформации желчного пузыря при пальпации под контролем датчика и утолщение стенок более 4 мм. Перитонеальный синдром

выявлен у 17 женщин, или 14,1%, и проявлялся мышечным дефансом, положительным симптомом Менделя и симптомом Щёткина-Блюмберга. Синдром эндотоксемии отмечен в 19 случаях, или 15,7%, и характеризовался тахикардией, сухостью кожных покровов и слизистых оболочек, повышением температуры тела и лейкоцитозом.

Анализ показателей эндотоксемии подтвердил зависимость тяжести системной реакции от морфологической формы заболевания. При флегмонозном холецистите лейкоцитарный индекс интоксикации составил $5,52 \pm 0,57$ ед., а уровень молекул средней массы — $0,75 \pm 0,04$ ед. При гангренозном холецистите эти показатели повышались до $9,1 \pm 0,46$ ед. и $0,84 \pm 0,05$ ед. соответственно. Одновременно регистрировалось увеличение активности цитолитических ферментов: АлАТ составлял $1,21 \pm 0,03$ ммоль/л при флегмонозной форме и $1,42 \pm 0,2$ ммоль/л при гангренозной, АсАТ — $1,14 \pm 0,02$ ммоль/л и $1,39 \pm 0,02$ ммоль/л соответственно. Такая динамика отражает не только локальную деструкцию желчного пузыря, но и вовлечение печени в системный воспалительно-токсический процесс [1, 7].

Принципиально важным результатом исследования стало выявление связи между выраженной эндотоксемией и состоянием маточно-плацентарного кровотока. При глубоких деструктивных изменениях желчного пузыря нарушение маточно-плацентарного кровотока установлено в 48,4% случаев. Нарушение IA степени выявлено у 27% женщин, IB степени — у 14,2%, II степени — у 9,2%. При высоких показателях эндотоксемии систолидиастолический индекс и индекс резистентности достигали $2,94 \pm 0,12$ и $0,86 \pm 0,07$ соответственно, что было достоверно выше референтных значений. Эти данные подтверждают, что деструктивный холецистит у беременных должен рассматриваться не только как локальная хирургическая патология, но и как фактор потенциальной фето-плацентарной недостаточности.

Ультразвуковое исследование являлось центральным звеном диагностического алгоритма. Увеличение размеров желчного пузыря выявлялось у 93% пациенток с острым калькулёзным холециститом, утолщение стенки более 5 мм — у 72%, фиксированный конкремент в шейке желчного пузыря — у 26,6%. Симптом «гепатизации» содержимого пузыря позволял заподозрить эмпиему, а симптом двойного контура свидетельствовал о распространении воспаления за пределы стенки. Перивезикулярные абсцессы диагностированы в 3% наблюдений и визуализировались как гипоэхогенные зоны неправильной округлой формы с нечёткими контурами и перифокальной эхогенностью.

Флегмонозный холецистит характеризовался увеличением длины желчного пузыря до

$12,23 \pm 0,07$ см, ширины до $4,84 \pm 0,06$ см, утолщением стенки до $7,19 \pm 0,14$ мм и её расслоением. При гангренозных изменениях отмечалось увеличение длины желчного пузыря свыше 14,0 см, ширины более 6,0 см, утолщение стенки свыше 8,0 мм, нечёткость контуров и гиперэхогенная взвесь в полости. Такие ультразвуковые признаки позволяют не только подтвердить диагноз, но и определить степень хирургической срочности, что особенно значимо при беременности, когда промедление повышает риск осложнений у матери и плода [5, 10].

Диагностическая видеолапароскопия была выполнена в 18 наблюдениях и позволила уточнить патоморфологическую форму острого холецистита, наличие перивезикулярного инфильтрата, абсцесса или перитонита. В условиях беременности данный метод должен применяться строго по показаниям, однако при сомнительной клинической картине и угрозе деструкции он имеет высокую ценность, поскольку одновременно обеспечивает диагностическое уточнение и возможность перехода к лечебному этапу. Современные рекомендации по лапароскопии во время беременности допускают оперативное вмешательство при острой билиарной патологии при условии участия опытной хирургической и акушерской команды [8, 9].

Полученные данные позволяют выделить несколько практических принципов. При катаральной форме без признаков обструкции, перитонеального синдрома и ухудшения фето-плацентарного кровотока возможно кратковременное интенсивное наблюдение с динамической оценкой лабораторных и ультразвуковых показателей. При флегмонозном и гангренозном холецистите, росте ЛИИ и МСМ, повышении цитолитических ферментов, признаках блокады желчного пузыря или нарушении маточно-плацентарной гемодинамики показания к операции должны рассматриваться как срочные, поскольку дальнейшее ожидание повышает риск перитонита, печёночной дисфункции, преждевременных родов и антенатальных осложнений.

Дифференцированная хирургическая тактика должна строиться на междисциплинарном взаимодействии. Хирург определяет стадию воспаления и техническую возможность мининвазивного вмешательства, акушер-гинеколог оценивает состояние беременности и плода, специалист ультразвуковой диагностики выполняет динамический контроль желчного пузыря и маточно-плацентарного кровотока, анестезиолог обеспечивает безопасное обезболивание с учётом гестационного срока. Такой командный подход особенно важен в III триместре, когда клинические симптомы менее достоверны, а технические усло-

вия лапароскопии требуют индивидуального выбора доступа и положения пациентки.

Научная новизна предложенного подхода заключается в том, что тяжесть острого калькулёзного холецистита у беременных оценивается не изолированно по боли или ультразвуковой картине, а как совокупность клинических, морфологических, лабораторных и акушерских критериев. Практическая ценность состоит в возможности своевременно отделить пациенток, нуждающихся в активной хирургической коррекции, от женщин, у которых допустимо кратковременное наблюдение. Такое решение позволяет избежать как неоправданной задержки операции, так и чрезмерной хирургической активности при отсутствии признаков прогрессирования заболевания.

Заключение. Острый калькулёзный холецистит у беременных регистрируется во всех триместрах гестации, однако наибольшая частота наблюдений приходится на II триместр. Среди оперированных пациенток преобладают деструктивные формы заболевания, что подтверждается высокой долей флегмонозного и гангренозного холецистита. Клиническая картина сохраняет классические признаки в большинстве случаев, но в III триместре диагностическая ценность физикальных симптомов существенно снижается, поэтому решающим методом становится комплексное ультразвуковое исследование.

Высокие показатели лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и цитолитических ферментов отражают выраженную эндотоксемию и коррелируют с риском нарушения маточно-плацентарного кровотока. Наличие деструктивных изменений желчного пузыря, обструкции, перитонеального синдрома, перивезикулярных осложнений и признаков фетоплацентарной гемодинамической недостаточности является основанием для активной хирургической тактики. Оптимизация лечения беременных с острым калькулёзным холециститом должна базироваться на ранней диагностике, междисциплинарной оценке и индивидуальном выборе сроков и метода операции.

Литература:

1. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения. *Uzbek journal of case reports*. 2024; 4 (3): 6-11
2. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.

3. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.

4. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. –2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

6. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

7. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

8. Sundaram K. M., Mazonakis M., Kalra M. K. Imaging of benign gallbladder and biliary pathologies in pregnancy // *Abdominal Radiology*. 2023. Vol. 48. P. 2142–2153.

9. Yokoe M., Hata J., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018. Vol. 25, No. 1. P. 41–54.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Элмурадов Ш.К., Сайинаев Ф.К.

Резюме. В статье представлены клиничко-диагностические аспекты острого калькулёзного холецистита у беременных на основании анализа 121 наблюдения. Показано, что заболевание регистрировалось во всех триместрах беременности, чаще во II триместре, а деструктивные формы составляли 85,7% среди оперированных пациенток. Обоснована необходимость ранней ультразвуковой диагностики, оценки эндотоксемии и маточно-плацентарного кровотока для выбора безопасной и своевременной хирургической тактики.

Ключевые слова: острый калькулёзный холецистит, беременность, эндотоксемия, ультразвуковая диагностика, лапароскопия, хирургическая тактика.