

И.А. Ковальская, д.м.н., профессор кафедры общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Острый холецистит и беременность

Заболевания желчевыведительной системы занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения. Они встречаются у лиц любого возраста, но особенно часто у молодых людей, а у женщин – в 4-7 раз чаще, чем у мужчин. Нередко заболевания желчного пузыря и желчных протоков впервые манифестируют у женщин во время беременности, которая считается одним из факторов риска развития камней в желчном пузыре.

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.

Для беременных характерны гипомоторные нарушения, поскольку основным гормоном, преобладающим во второй половине 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.

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) – заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в желчных протоках или желчном пузыре. Многие авторы придерживаются мнения, что именно беременность во многих случаях способствует образованию камней и развитию болезни.

Вне обострения желчнокаменная болезнь может проявляться чувством тяжести в правом подреберье, рядом диспепсических явлений (тошнота, горечь во рту и т.д.).

Однако во время обострения, то есть при развитии желчной (печеночной) колики, болезнь характеризуется яркой клинической симптоматикой, зависящей от места расположения камней, их размера, активности сопутствующей инфекции.

Беременность способствует проявлению скрыто протекающей желчнокаменной болезни, то есть у женщин с холелитиазом появление клинических признаков болезни не является редкостью. Достаточно часто у данной группы больных начало беременности сопровождается ранним токсикозом – рвотой. Обострение заболевания чаще происходит во втором триместре беременности.

Острый холецистит – это неспецифическое воспаление желчного пузыря, которое в 85-95% развивается на фоне желчнокаменной болезни. Среди акушерских показаний к хирургическому вмешательству во время беременности острый холецистит стоит на втором месте (после острого аппендицита).

Холецистэктомия требуется примерно одной беременной из тысячи. Заболевание чаще всего развивается на фоне желчнокаменной болезни вследствие закупорки пузырного протока камнями. У 3,5-11% беременных желчнокаменная болезнь протекает бессимптомно, а камни случайно обнаруживают при УЗИ.

Поскольку желчный пузырь плотно прилегает к нижней поверхности печени, являющейся несмещаемым органом, то беременность не влияет на клиническую картину острого холецистита.

Заболевание проявляется тошнотой, рвотой, а также острой болью в правом подреберье, которая может иррадиировать в спину. Обычно колика развивается поздним вечером или ночью, как правило, после погрешностей в диете, вследствие переживаний, обусловленных отрицательными эмоциями. Трясая езда накануне, интенсивные шевеления плода также могут спровоцировать колику. Боль локализуется в правом подреберье, но может быть в эпигастрии и даже левом подреберье, носит интенсивный характер, иррадирует в правое плечо, лопатку, шею, продолжается от 15-40 мин до 12 ч, если не приняты соответствующие меры. При пальпации в области правого подреберья отмечается выраженная болезненность. Боль сопровождается тошнотой, рвотой, горечью во рту, изжогой, вздутием живота. При закупорке общего желчного протока камнем может появиться желтуха, темная моча, обесцвеченный кал.

При лабораторных исследованиях обнаруживают следующие изменения:

- повышение уровня билирубина в сыворотке крови (как прямого, так и непрямого);
- повышение активности аминотрансфераз;
- появление билирубина в моче (билирубурия).

Поскольку активность щелочной фосфатазы сыворотки крови повышается во время нормальной беременности, для диагностики острого холецистита в норме этот показатель малоинформативен.

В диагностике заболеваний желчного пузыря ведущим методом визуализации сегодня является ультразвуковое исследование, в процессе которого специалист делает заключение о характере выявляемых нарушений, возможном наличии или отсутствии камней, степени воспаления и деструкции стенки желчного пузыря, состоянии желчных протоков.

По данным многих авторов, для ультразвуковой картины острого холецистита характерным является сочетание трех основных признаков:

- увеличение размеров желчного пузыря;
- утолщение стенки желчного пузыря;
- положительный ультразвуковой симптом типа Мерфи.

При первой манифестации желчнокаменной болезни возможно консервативное лечение. При появлении боли допустим прием болеутоляющих и спазмолитических препаратов, таких как дротаверина гидрохлорид, папаверина гидрохлорид, метамизол натрия (за исключением первого триместра и последних 6 недель беременности) и др. Возможности антибиотикотерапии ограничены, особенно в первом триместре беременности.

Если в течение часа боль не купируется, беременная должна обратиться к врачу (вызвать бригаду скорой

медицинской помощи) для проведения более интенсивных лечебных мероприятий и быть доставлена в стационар для осмотра хирургом.

В последние годы для лечения желчнокаменной болезни применяются препараты, способствующие растворению камней (хено- и урсодезоксихолевая кислоты), однако беременным категорически запрещено проводить такой вид терапии (доказано отрицательное влияние этих препаратов на формирование плода). Противопоказано также применение желчегонных препаратов, трав, продуктов, имеющих желчегонный эффект (оливковое масло, шиповник, яичный желток и др.), так как они вызывают миграцию конкрементов и как следствие – блок пузырного или общего желчного протоков и соответствующие этому осложнения, самым опасным из которых является острый билиарный панкреатит.

Пациентка с явлениями острого холецистита должна быть госпитализирована в хирургический стационар для решения вопроса об оперативном лечении, которое допустимо во время беременности с ее сохранением.

Выжидательная тактика возможна только при катаральной форме острого холецистита.

В острой ситуации во втором триместре беременную можно и нужно оперировать, в третьем же предпочтительнее переждать с операцией до послеродового периода.

В некоторых случаях хирурги в силах перевести острую, требующую срочного хирургического вмешательства ситуацию в хроническую. Тактика лечения зависит от конкретного случая. Если врач видит, что острота процесса уменьшается, то можно подождать – особенно если в желчных путях имеются крупные камни, не представляющие реальной угрозы для закупорки общего желчного протока при возможной миграции, в отличие от мелких камней. Однако если сохраняется обструкция желчных путей, есть все признаки деструктивной формы острого холецистита, необходима срочная операция – холецистэктомия.

Выжидание без лечения может привести к серьезным осложнениям заболевания, а именно: желчному перитониту, околопузырному инфильтрату, околопузырному абсцессу, механической желтухе, острому панкреатиту, септическому холангиту, абсцессу печени.

Невозможно избежать радикальной операции по удалению желчного пузыря в ситуациях, когда имеются деструктивные изменения и гнойное воспаление в желчном пузыре, есть угроза развития или уже имеются признаки перитонита. В этом случае пациентку приходится оперировать даже в последние недели беременности.

Без лечения болезнь может быстро прогрессировать до гангрены желчного пузыря и перфорации, что приводит



И.А. Ковальская

к сепсису, шоку и перитониту. Такое развитие острого холецистита сопряжено с высокой смертностью (до 65%).

Осложнения острого холецистита, как правило, развиваются у больных, не получавших лечение или начавших лечение слишком поздно.

Без лечения примерно у 10% развивается ограниченная перфорация (разрыв) желчного пузыря и разлитой перитонит.

К признакам осложненного течения острого холецистита относятся усиление боли в животе, повышение температуры тела, резкое ухудшение состояния больной.

В настоящее время холецистэктомия является радикальным способом лечения острого деструктивного калькулезного холецистита.

Оперативный доступ должен выбираться индивидуально в каждом конкретном случае, это может быть и срединная лапаротомия, и минилапаротомия в правом подреберье, и лапароскопическая холецистэктомия (относительным противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии являются поздние сроки беременности).

Выводы

С целью профилактики острого калькулезного холецистита и его осложнений необходимо обследовать всех женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности.

При выявлении микролитиаза, дискинезии желчных протоков и бескаменного холецистита применяют консервативную терапию, направленную на нормализацию биохимических и физико-химических свойств желчи, двигательной активности желчевыводящих путей. Эти мероприятия позволят избежать острой неотложной ситуации на поздних сроках беременности, что крайне нежелательно как для матери, так и для плода.

При лечении острого холецистита у беременных операцией выбора может быть лапароскопическая холецистэктомия.

Литература

1. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. – Кировоград, ПОЛИУМ. 2008. – 216 с.
2. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В., Стукало А.А. Экстренная хирургия желчных путей. – Донецк, ООО «Лебедь». 2005. – 434 с.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.
4. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. – М.: Трида-Х, 1997. – 304 с.
5. Suter M., Meyer A.A. 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Is it safe? // Switzerland Received: 20-2000 / Online publication; 2001.