

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ПАНКРЕОНЕКРОЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Стяжкина С. Н.¹, Агазова А. Р.², Салихова Г. С.³, Акимов А. А.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна / *Styazhkina Svetlana Nikolaevna* - доктор медицинских наук, профессор;

²Агазова Айсылу Рафисовна / *Agazova Aisyly Rafisovna* – студент;

³Салихова Гулия Сириновна / *Salikhova Guliya Sirinovna* – студент,
педиатрический факультет;

⁴Акимов Антон Александрович / *Akimov Anton Aleksandrovich* – аспирант,
кафедра факультетской хирургии,
Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: в статье рассматривается проблема распространения холецистита и панкреатита среди беременных женщин, также на основании клинического примера анализируется течение острого холецистита и панкреатита у беременных. Влияние данных заболеваний на протекание беременности и родов. Патофизиологические механизмы действия беременности на функциональное состояние панкреатобилиарной системы, также рассматривается объединяющая группа заболеваний - холецистопанкреатиты, в подтверждение существования данных заболеваний рассматривается ферментативно-проточная теория. Трансформация клинических проявлений острого холецистита в признаки панкреатита. Какие меры профилактики нужно предпринимать для избежания осложнений течения беременности и родов, чтобы не возникало опасности для жизнедеятельности ребенка и матери.

Ключевые слова: острый холецистит, панкреонекроз, беременность.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости панкреатобилиарной системы среди взрослого населения, в том числе и среди беременных. Острый холецистит встречается у беременных часто, что обусловлено присущей беременности гиперхолестеринемией, нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта, образованием конкрементов в желчном пузыре, гипертензией в желчных путях, некоторым снижением активности иммунологических факторов, повышением прокоагулянтных свойств системы гемостаза [4].

Острый холецистит - это острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, связанное чаще всего с ущемлением или развитием воспалительного процесса в шейке желчного пузыря. Одним из вариантов течения острого холецистита является сочетание его с явлениями острого панкреатита. Такое течение заболевания обусловлено наличием общей ампулы большого дуоденального сосочка, где происходит слияние общего желчного протока и главного (Вирсунгова) протока поджелудочной железы. Наличие камней в желчных протоках и стриктур большого дуоденального сосочка может приводить к одновременному развитию как острого холецистита, так и острого панкреатита. Заболевание начинается как острый холецистит, но нарушение оттока панкреатического сока либо рефлюкс желчи в поджелудочную железу приводит к развитию признаков панкреатита.

По мере развития панкреатита клиническая картина меняется, появляются новые признаки: боли из правого подреберья распространяются на область эпигастрия, левое подреберье и приобретают опоясывающий характер. Боли иррадируют в поясницу. Усиливается рвота, нарастают признаки интоксикации [1].

В 1907 г. Delafua впервые объединил заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы в одну большую группу холецистопанкреатитов. В подтверждение «ферментативно-проточной» теории развития острого холецистопанкреатита Т. В. Шаак проводила экспериментальные исследования, которые показали, что возникновение деструктивных форм острого холецистопанкреатита возможно при нарушении проходимости терминального отдела холедоха в результате поступления активного секрета поджелудочной железы в желчевыводящие пути (панкреатопузырного рефлюкса) при длительном стазе в холепанкреатической системе с образованием конкрементов в желчном пузыре, протоках, поджелудочной железе [3].

Клинический случай: «Острый холецистит, панкреонекроз у пациентки в послеродовом периоде».

Пациентка М., 19 лет, находилась на лечении в хирургическом отделении 1 РКБ г. Ижевска 39 койко-дней с диагнозом: «Острый холецистит, тотальный геморагический панкреонекроз».

Из анамнеза известно, что у больной на 19 неделе беременности появились жгучие боли в подреберных областях. Она обратилась за медицинской помощью в одну из городских больниц г. Ижевск, где ее жалобы были расценены как признаки межреберной невралгии. В последующем в течение двух недель девушка периодически испытывала колющие, жгучие боли в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращалась. Через две недели после употребления спиртного появились сильные, ноющие боли опоясывающего характера, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 37,2°C, экстренно была доставлена в ЦРБ по месту медобслуживания, где лечилась в стационаре в диагнозом - острый пиелонефрит, киста бартолиниевой железы. В 35-36 недель вновь имел место

приступ болей в эпигастрии опоясывающего характера, по поводу чего была госпитализирована в ИРКБ г. Ижевска, выполнена операция - кесарево сечение, родился живой, здоровый ребенок. Через сутки после родоразрешения выполнена лапаротомия, экстирпация матки, холецистостомия, абдоминализация поджелудочной железы, ревизия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. Далее были выполнены еще 3 плановые санации брюшной полости. Была проведена комплексная интенсивная консервативная терапия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением для реабилитации в амбулаторных условиях [2].

У пациенток с неосложненным острым холециститом родоразрешение производится естественным путем. У пациенток с осложнениями холецистита возникают различные нарушения в течение беременности (нарушения сократительной деятельности матки, кровотечения, внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода), то есть могли возникать дополнительные осложнения в интранатальном и постнатальном периодах. В связи с этим требуется родоразрешение путем кесарева сечения, что тоже является травмирующим фактором для матери и ребенка.

Таким образом, 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 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.

Литература

1. *Климентов М. Н., Стяжкина С. Н., Проничев В. В.* Острый холецистит: учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов. Ижевск, 2015. 44 с.
2. *Стяжкина С. Н., Чернышова Т. В., Леднева А. В.* Коморбидность в хирургической практике. Берлин, 2014. с. 40-41
3. *Лихачев В. К.* Практическое акушерство с неотложными состояниями // Руководство для врачей. М. МИА, 2010. С. 95-98.
4. *Бородин Н. А.* Методическое пособие по факультетской хирургии. Тюмень, 2013. С. 27.