

На правах рукописи

Антинян Карен Дмитриевич

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ
С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Краснодар – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Дурлештер Владимир Моисеевич

Официальные оппоненты:

Ярцев Петр Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», отдел неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии, руководитель отдела;

Черкасов Михаил Федорович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии № 4, заведующий кафедрой.

Ведущая организация – федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Защита состоится 21 мая 2025 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.014.04 на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и официальном сайте ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (<http://www.ksma.ru>).

Автореферат разослан «__» _____ 2025 года

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.014.04
доктор медицинских наук, профессор



Гуменюк Сергей Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из наиболее распространенных заболеваний современного общества. В структуре заболеваемости во всем мире среди болезней органов пищеварения ЖКБ занимает ведущее место [Иванченкова Р. А., 2006; Маев И. В., Дичева Д. Т., Бурагина Т. А., 2007; Мехтиева О. А., Богданов Р. Н., Мехтиев С. Н., 2011; Littlefield A., Lenahan C., 2019; Bowie J. M., Calvo R. Y., Bansal V., 2020; Wang R., Li Z., Liu S., Zhang D., 2023]. По сообщениям ВОЗ, патологией желчевыводящей системы страдает более 10 % населения планеты с неуклонной тенденцией к росту, как в отношении заболеваемости, так и смертности [Hot S., Eğin S., Gökçek B., 2019; Centeno V. A., Saieg M., Siddiqui M. T. et al., 2024]. В Российской Федерации выявляемость ЖКБ варьирует в диапазоне от 13 % до 21 % случаев среди других болезней пищеварительной системы [Маев И. В., Дичева Д. Т., Бурагина Т. А., 2007; Яфаров А. Р., 2010; Успенская Ю. Б., Шептулин А. А., 2017]. В Москве рост данной патологии в период с 1998 по 2010 год увеличился на 26,5 % и, согласно прогнозам, при дальнейшем росте заболеваемости к 2050 году возможно наличие ЖКБ не менее чем у 20 % населения земного шара [Агазова А. Р., Салихова Г. С., 2016]. В последние десятилетия среди пациентов молодого возраста фиксируется увеличение частоты ЖКБ на 16,4 % случаев с формированием патологии до 35 лет при соотношении мужчин и женщин с ЖКБ от 8:1 до 2:1 [Хохлачева Н. А., Сергеева Н. Н., Вахрушев Я. М., 2016; Бодрягина Е. С., Акберова Д. Р., Мухаметова Д. Д. и др., 2021].

Сохранение здоровья беременной является приоритетом, что декларировано Организацией Объединенных Наций в разделе «Цели развития тысячелетия». Ухудшение здоровья беременной женщины приводит к различным осложнениям течения беременности и родов. Около 3 % беременных страдают различными заболеваниями желчевыводящих путей, а хронический холецистит обостряется в период беременности у 35 % женщин [Abushamma S., Early D. S., 2021; Kothari S., Afshar Y., Friedman L. S., Ahn J., 2024]. Осложненная ЖКБ у беременных, в зависимости от степени тяжести, может приводить к преждевременным родам в 12-20 % случаев [Barthel J. S., Chowdhury T., Miedema V. W., 1998; Aydin C., 2006; Abushamma S., Early D. S., 2021]. Отсрочка в проведении холецистэктомии до родоразрешения приводит к повышению частоты обращений в отделение неотложной помощи и к повторной госпитализации [Мансуров Х. Х., 1985; Положенкова Л. А., Козина О. В., Ляшко Е. С., 2004; Кабанец Н. С., Галалу В. В., 2010; Дурлештер В. М., Бабенко Е. С., Дидигов М. Т. и др., 2017; Sungler P., 2000; Papadakis E. P., 2011; Marcos-Ramírez E. R., Guerra-Leza K., Téllez-Aguilera A. et al., 2022].

По данным ряда исследований, одной из 150 женщин во время беременности требуется та или иная операция [Lachman E., Schienfeld A., Voss E. et al., 1999; Vasco Ramirez M., Valencia G. C. M., 2020]. Наиболее распространенная операция при беременности – холецистэктомия, частота выполнения которой достигает 48 % случаев хирургического вмешательства у беременных; на

придатках матки до 34 % случаев, аппендэктомии до 16 % [Кантемирова З. Р., Петухов В. А., 2005; Трефилова М. А., Гафурова М. М., 2017; Reedy M. B., Galan H. L., Richards W. E., 1997; Rasmussen A. S., Christiansen C. F., Uldbjerg N. et al., 2019].

К распространенным осложнениям ЖКБ у беременных относят холецистит, острый холангит, холедохолитиаз и др. Среди общего числа пациентов с ЖКБ холедохолитиаз выявляется в 15 % случаев. У пациентов, перенесших холецистэктомию, в том числе у беременных, заболевание диагностируется у 16 % [Baiu I., Hawn M. T., 2018. Baiu I, Visser B., 2018; Vuxbaum J. L., Abbas Fehmi S. M., Sultan S. et al., 2019; Nan X., Chan E., Wong K. S. C. et al., 2023]. Это обусловлено тем, что в период беременности биохимический состав желчи нарушается, происходит физиологическое замедление моторики сфинктера Одди. Следовательно, могут возникнуть наиболее благоприятные условия для камнеобразования [Friedel D., Stavropoulos S., Iqbal S., 2014; Juo Y. Y., Khrucharoen U., Sanaiha Y. et al., 2018; Fleishman J. S., Kumar S., 2024].

Очевидно, что изучение особенностей клинического течения осложненной ЖКБ у беременных позволит подобрать оптимальный и безопасный диагностический подход, а определение показаний к применению миниинвазивных хирургических вмешательств позволит разработать алгоритм хирургической тактики ведения беременных с осложненной ЖКБ в зависимости от триместра беременности. Это однозначно улучшит качество хирургической помощи данной категории пациентов и снизит риски материнской и перинатальной смертности.

Степень разработанности темы исследования. Абдоминальная хирургия была и остается наиболее сложным и бурно развивающимся разделом хирургии. Более двух десятилетий назад, по мнению большинства исследователей, беременность являлась абсолютным противопоказанием к лапароскопии из-за опасений травмирования матки во время установки троакара и пневмоперитонеума, инициированного неправильной перфузией плода [Rollins M. D., Chan K. J., Price R. R., 2004]. По мере накопления опыта лапароскопические вмешательства стали предпочтительными методами хирургического лечения беременных [Shah P., 2015; Lee S. H., Lee J. Y., Choi Y. Y. et al., 2019; Kumar S. S., Collings A. T., Wunker C. et al., 2024]. Однако и сейчас хирургические вмешательства представляют опасность при беременности. В этот период существенно меняется хирургическая визуализация и доступ [Woerd W. L., 2010; Abushamma S., Early D. S. 2021; Kumar S. S., Collings A. T., Wunker C. et al., 2024].

В 2009 году Шехтманом М. М. и соавт. на основании собственных исследований было высказано мнение о взаимосвязи развития ЖКБ с течением беременности. Доказано, что частота возникновения ЖКБ зависела напрямую от уровня стероидных гормонов, холестерина крови, высокого внутрибрюшного давления. Это подтвердилось исследованиями других ученых [Шехтман М. М., 2009; He J., Chen L., Liang C., 2011; Bari O., Wang T. Y., Liu M., 2014; Luthra A. K., Patel K. P., Li F. et al., 2019; Wang X., Yu W., Jiang G. et al., 2024]. В исследовании Yu L. и соавт. описывается резкое увеличение

частоты антенатальной смертности при печеночном холестазах, особенно на поздних сроках беременности [Yu L., Ding Y. L., Wang C. X., 2011].

Особое место в структуре заболеваемости ЖКБ у беременных занимает такое осложнение холедохолитиаза как билиарный панкреатит. В настоящее время наблюдается неуклонный рост острого билиарнозависимого панкреатита во всех возрастных группах, что сопровождается увеличением смертности от осложнений данного заболевания [Zhang D. L., Huang Y., Yan L., 2013; Maringhini A., Rossi M., Patti R. et al., 2024]. В работе Саакян Г. Г. и соавт., были исследованы 134 беременных с осложненным течением ЖКБ после хирургического лечения [Саакян Г. Г., Манухин И. Б., Чудных С. М., 2017]. В I триместре проводили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), где первым этапом лечения применяли пункционно-дренирующие малоинвазивные методы под ультразвуковым контролем, во II и III триместре при неэффективности консервативной терапии выполняли черескожную череспеченочную холецистостомию (ЧЧХС), при холедохолитиазе проводили эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРХПГ) и эндоскопическую папиллотомию (ЭПТ). В 2 случаях в послеоперационном периоде наблюдалась серома в области послеоперационной раны. Из-за отсутствия положительного эффекта от ЧЧХС у двух беременных, на 28 и 30-й неделе гестации им была проведена ЛХЭ из мини-доступа. [Саакян Г. Г., Манухин И. Б., Чудных С. М., 2017]. В исследовании Китаевой М. А. и соавт. были проанализированы результаты хирургического лечения осложненной ЖКБ на поздних сроках гестации у 69 беременных [Китаева М. А., Корольков А. Ю., Беженарь В. Ф. и др., 2018]. Авторами отмечено, что эндоскопические методы диагностики и лечения абсолютно показаны при остром панкреатите и холедохолитиазе и вполне безопасны на фоне беременности [Китаева М. А., Корольков А. Ю., Беженарь В. Ф. и др., 2018].

Преимущества современных хирургических методик состоят в том, что лечение производится быстро, кровотечения и вероятность послеоперационных осложнений минимальны, а процесс реабилитации непродолжителен [Панин С И., Нечай Т. В., Сажин А. В. и др., 2022; Huang S Y., Lo P. H., Liu W. M. et al. 2016; Kumar S. S., Collings A. T., Wunker C. et al., 2024]. Однако в настоящее время, как в России, так и за рубежом отсутствует единая тактика диагностики и хирургической помощи беременным с осложненной ЖКБ в зависимости от триместра беременности.

Цель исследования – оценить эффективность лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у беременных с применением миниинвазивных хирургических методов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать клиническое течение осложненных форм желчнокаменной болезни у беременных в разных триместрах.
2. Определить возможную сопряженность возникновения осложнений после выполнения миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных с желчнокаменной болезнью на разных сроках гестации.

3. Проанализировать эффективность миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных с острым холециститом в разные trimestры беременности.

4. Определить показания к применению миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных с холедохолитиазом в разные trimestры беременности.

5. На основании полученных данных разработать алгоритм активной хирургической тактики ведения беременных с осложненной желчнокаменной болезнью на разных trimestрах беременности для улучшения качества жизни данной категории пациентов.

Научная новизна исследования:

1. Впервые в хирургической практике проведена сравнительная оценка эффективности миниинвазивных хирургических вмешательств у данной категории пациентов с динамическим наблюдением в сроки до 1 года после операции.

2. Разработан, описан и внедрен способ определения точки установки первого троакара при выполнении urgentных лапароскопических вмешательств при остром холецистите и остром аппендиците во втором и третьем trimestре беременности (патент от 24.08.2022 г. № 2778782), на основе которого разработан безопасный и эффективный способ выполнения лапароскопической холецистэктомии у женщин на этих сроках гестации.

3. На основе накопленного опыта разработан алгоритм активной хирургической тактики ведения беременных с осложненной ЖКБ в зависимости от trimestра беременности, что позволит избежать возможных перинатальных рисков и улучшить качество хирургической помощи.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Полученные результаты могут быть использованы для:

- оценки особенностей клинической картины у беременных с осложненной ЖКБ в зависимости от trimestра беременности, что позволит персонализировать подход к пациенту на до-, интра- и послеоперационном периодах;

- оценки результатов лечения данной категории больных, что позволит эффективно определять необходимость повторной госпитализации в хирургическое отделение;

- определения вида миниинвазивного хирургического вмешательства у беременных с осложненной ЖКБ в зависимости от trimestра беременности, что значительно уменьшит вероятность хирургических осложнений;

- преподавания в высшей школе: патологическая физиология: «Ключевые звенья этиопатогенеза у беременных с осложненной ЖКБ на разных trimestрах беременности»; госпитальная хирургия: «Тактика интраоперационного ведения беременных с осложненной ЖКБ, а также эффективные способы выполнения миниинвазивных хирургических вмешательств»; гастроэнтерология: «Особенности патогенеза, диагностики и лечения осложненной ЖКБ у беременных в зависимости от trimestра беременности» и т.д.

Методология и методы диссертационного исследования. При выполнении работы использованы современные, информативные и адекватные поставленным задачам клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Статистическую обработку данных проводили с использованием программного обеспечения Statistica 10.0. Соответствие анализируемых параметров закону нормального распределения оценивали по значениям тестов Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и W-критерия Шапиро-Уилка.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. У пациенток во втором и третьем триместре беременности с осложненными формами желчнокаменной болезни имеются особенности клинической картины заболевания. Во II триместре при остром холецистите наиболее часто они предъявляют жалобы на тошноту и слабость с повышенной утомляемостью ($p < 0,001$ и $p = 0,035$), в III триместре на боль, тяжесть в эпигастрии и горечь во рту ($p = 0,02$ и $p = 0,008$). Беременные с холедохолитиазом во II триместре жалуются на боль, тяжесть в эпигастрии и на слабость с повышенной утомляемостью ($p = 0,032$ и $p = 0,045$), а в III триместре – на тошноту и горечь во рту ($p = 0,002$ и $p < 0,001$).

2. При развитии осложненных форм желчнокаменной болезни у беременных и необходимости экстренного миниинвазивного хирургического вмешательства срок гестации не играет значимой роли.

3. При применении минимально инвазивных хирургических методов лечения у беременных с острым холециститом – лапароскопической холецистэктомии, черескожной череспеченочной холецистостомии, а также предложенного метода постановки первого троакара при выполнении лапароскопической холецистэктомии во второй половине беременности, не было выявлено послеоперационных осложнений.

4. У беременных с холедохолитиазом во II триместре беременности является оправданным применение двухэтапного миниинвазивного метода эндоскопической папиллотомии, эндоскопической ретроградной холангиографии, эндоскопической механической литоэкстракции и последующим выполнением лапароскопической холецистэктомии.

5. Использование анализируемых миниинвазивных хирургических методов лечения у беременных с осложненными формами желчнокаменной болезни не сопряжено с рисками послеоперационных осложнений, а также осложнениями беременности и родов.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность исследования обоснована достаточным объемом клинических наблюдений ($n = 109$) и использованием точных лабораторно-инструментальных методов обследования пациентов, а также обработкой полученных результатов общепринятыми методами статистического анализа.

Материалы диссертации были представлены на: региональной междисциплинарной научно-практической конференции «Современные инновации в здравоохранении» с докладом на тему: «Применение миниинвазивных технологий в лечении беременных с острым калькулезным холециститом» (Краснодар, 2017); 108-летней Сессии Национальной школы

гастроэнтерологии с докладом: «Желчнокаменная болезнь сегодня: что изменяется в мире и РФ в подходах к ее лечению. Диагностика желчнокаменной болезни у беременных» (Сочи, 2018); Всемирном юбилейном 30 конгрессе Международной ассоциации хирургов, гастроэнтерологов и онкологов LASGO с докладом: «Опыт лечения беременных с осложнениями желчнокаменной болезни в экстренной хирургии» (Москва, 2018).

Диссертация выполнена на базе кафедры хирургии № 3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Протокол диссертационного исследования одобрен Независимым комитетом по этике от 24 марта 2017 года № 49. Аprobация диссертационной работы проведена на совместном заседании кафедры хирургии № 3 ФПК и ППС и кафедры хирургии № 2 ФПК и ППС от 16.12.2022 г. протокол № 11.

Внедрение результатов исследования в практику. Основные результаты работы внедрены в практику хирургического отделения № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ККБ № 2) и хирургического отделения № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК). Научные положения диссертационного исследования используются в лекциях и практических занятиях, проводимых на кафедре хирургии № 3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 4 научные работы, в том числе 3 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, или индексируемых базой данных RSCI, или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, и издания, приравненные к ним, в том числе получен патент.

Личный вклад автора. Автором выполнен сбор данных по 109 беременным, проведено обследование, сформированы базы исследуемых беременных, предложены цели и задачи исследования, выполнена полная интерпретация данных; по теме диссертационной работы опубликованы научные труды. Автором лично изучены и проанализированы статистические данные, полученные в исследовании. Автор лично выполнял лапароскопические холецистэктомии у 30 % исследуемых больных.

Объем и структура диссертационной работы. Диссертация выполнена на 152 страницах, состоит из введения, 4 глав, содержащих: обзор литературы, результаты исследования, обсуждение результатов исследования, заключение,

выводы, практические рекомендации и библиографический список, содержащего 87 отечественных и 150 иностранных источников. Диссертация имеет 46 таблиц, 23 рисунка и приложения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 109 беременных с диагнозом ЖКБ, проходивших консервативное и хирургическое лечение в отделениях хирургии ГБУЗ ККБ №2 г. Краснодар в период с 2008 по 2019 гг., с медианой возраста 26 (от 18 до 40) [21; 31] лет. Медиана давности заболевания составила 2 (от 1 до 3) [1;3] лет. Исследуемые были распределены на 3 группы по триместрам беременности, затем каждая группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от осложнения ЖКБ:

- В 1 группу вошли 36 беременных, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=20) – беременные с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=16) – беременные с диагнозом «холедохолитиаз», которым была выполнена эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) и эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) с последующей установкой стента. У беременных в первом триместре при выполнении лапароскопической холецистэктомии применялся стандартный доступ с введением четырех троакаров. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 12 (60 %) от общего числа пациенток в группе, ЧЧХС была выполнена у 8 (40 %).

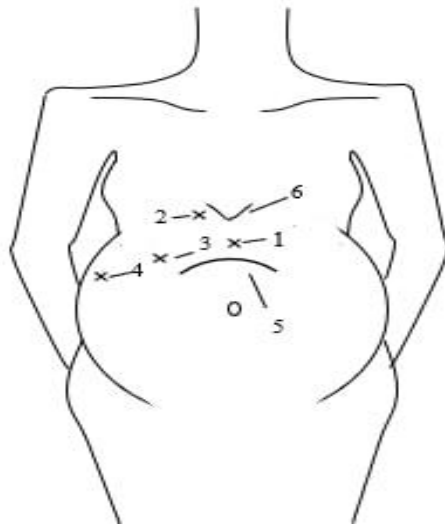
- Во 2 группу вошли 37 женщин во втором триместре беременности, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=18) – пациентки с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=19) – пациентки с диагнозом «холедохолитиаз», которым была выполнена ЭПТ ЭРХГ и ЭМЛЭ, а позднее (на 2-3 сутки) выполнялась ЛХЭ. ЛХЭ было выполнено 31 (84 %) от общего числа пациенток в группе, ЧЧХС была выполнена 6 (16 %).

- В 3 группу вошли 36 беременных в третьем триместре, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=22) – пациентки с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=14) – пациентки с диагнозом «холедохолитиаз», которым выполнялась ЭПТ ЭРХГ и ЭМЛЭ с последующей установкой стента. ЛХЭ выполняли 6 (17 %) от общего числа беременных в группе, ЧЧХС – 16 (44 %).

Был проведен ретроспективный анализ данных историй болезни, результатов лечения, особенностей интра-, ближайшего и отдаленного послеоперационного периода. Вторая часть исследования посвящена результатам проспективного наблюдения у беременных после лечения ЖКБ со сроком наблюдения в отдаленном периоде до 12 месяцев.

У беременных во втором и третьем триместре при выполнении ЛХЭ использовался разработанный нами способ определения точки установки первого троакара при выполнении urgentных лапароскопических вмешательств при остром холецистите и остром аппендиците (патент от 24.08.2022 г.

№ 2778782). Точку установки первого порта определяли после выполнения ультразвукового исследования (УЗИ) и измерения расстояния между дном матки и краем мечевидного отростка с маркировкой данной точки, отступом на 3 см от дна матки по срединной линии в краниальном направлении. Для проведения ЛХЭ после установки первого 10 мм порта устанавливали второй 10 мм троакар под визуальным контролем в проекции мечевидного отростка справа. Третий и четвертый 5 мм троакары устанавливали по среднеключичной и передней подмышечной линиям справа на 2-3 см выше матки краниально (рисунок 1-2).



х-1, 2, 3 – места постановки троакаров; 5 – дно матки; 6 – мечевидный отросток
Рисунок 1 – Схема постановки троакаров у беременных с желчнокаменной болезнью

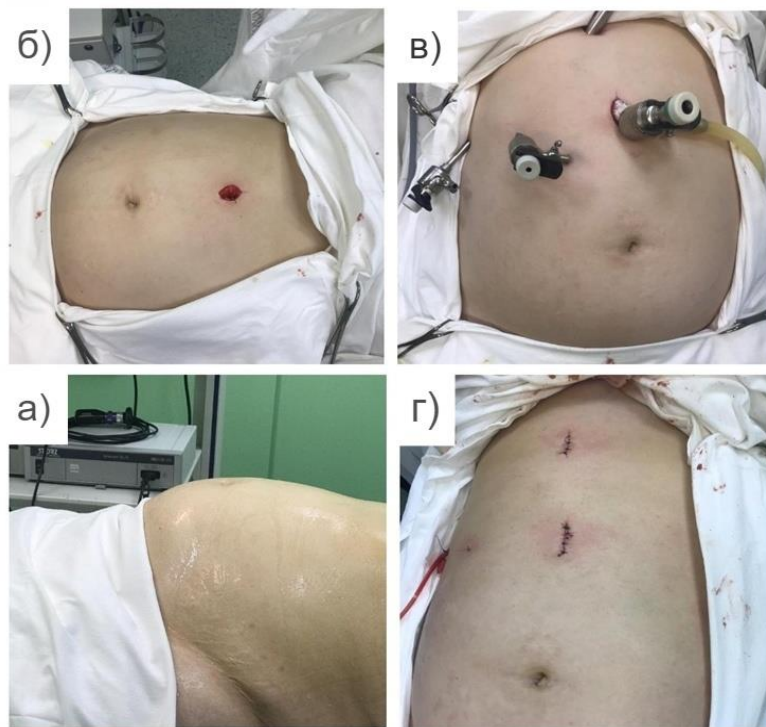


Рисунок 7 – Этапы постановки троакаров у беременных

В случае если размеры матки не позволяли отступить на данное расстояние, то троакары устанавливались непосредственно над маткой под визуальным контролем. Противопоказанием к выполнению ЛХЭ является расстояние от дна матки до мечевидного отростка менее 6 см по данным трансабдоминального УЗИ.

После выполнения эндоскопической механической литоэкстракции в первом и третьем триместре беременности для профилактики миграции конкрементов из желчного пузыря в общий желчный проток выполнялось стентирование с использованием пластиковых стентов. Применяли стенты фирмы «Olympus» (Япония) различного размера: длина составляла 7-12 см, диаметр – от 5 до 10 Fr. Для установки пластикового стента в общий желчный проток проводили папиллосфинктеротомию, затем через инструментальный канал дуоденоскопа в общий желчный проток помещали катетер, по которому затем вводилась струна-проводник. При помощи специального катетера по струне-проводнику низводился стент. Стентирование проводили под рентгенологическим контролем.

ЧЧХС под УЗ-контролем применялась во всех триместрах беременности при выявлении у беременной паравезикулярного инфильтрата (включая отек гепатодуоденальной связки) по результатам УЗИ, а также когда размеры матки не позволили выполнить ЛХЭ, поэтому при легком течении холецистита выполняли ЧЧХС. Вмешательство выполнялось полиуретановыми рентгенконтрастными дренажами, имеющими фиксирующий дистальный конец типа «pig tale» и размер 9 Fr., что позволяло фиксировать холецистостому в полости желчного пузыря (рисунок 3). Применялись дренажные системы катетеры фирм «МИТ LTD», СООК.



Рисунок 3 – Внешний вид холецистостомы после черескожной череспеченочной холецистостомии у беременной на первом триместре беременности

Для оценки эффективности миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных во всех группах нами были изучены и проанализированы:

инструментально-лабораторные данные, клиническая картина заболевания в ближайшем и отдаленном периодах, количество койко-дней, осложнения течения беременности после миниинвазивного хирургического вмешательства в госпитальном и постгоспитальном периодах. А также осложнения хирургических вмешательств в госпитальном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика и результаты лечения беременных с осложнениями ЖКБ в первом триместре беременности. В 1 группу вошли 36 беременных, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=20) – беременные с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=16) – беременные с диагнозом «холедохолитиаз», которым была выполнена ЭПТ ЭРХГ и ЭМЛЭ с последующей установкой стента. У беременных в первом триместре при выполнении лапароскопической холецистэктомии применялся стандартный доступ с введением четырех троакаров. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 12 (60 %) от общего числа пациенток в группе, ЧЧХС была выполнена у 8 (40 %). Медиана возраста беременных составила в 1 подгруппе 25 [22;32], в 2 подгруппе 26 [24;31]. Было выявлено, что, кроме заболеваний панкреатобилиарной системы, у беременных с ЖКБ в первом триместре у 7 (19 %) имеются заболевания мочеполовой системы, болезни ЖКТ – у 7 (19 %), сердечно-сосудистой системы – у 3 (8,3 %), органов дыхания и эндокринной системы – у 1 (2,7 %) и 1 (2,7 %) соответственно.

У беременных в первом триместре с ЖКБ наблюдались некоторые осложнения основного заболевания как в группе, так и в подгруппах (таблица 1).

Таблица 1 – Частота осложнений желчнокаменной болезни у беременных 1 группы

Заболевания	Подгруппа 1 (n=20), абс., (%)	Подгруппа 2 (n=16), абс., (%)	p – уровень значимости
Паравезикулярный инфильтрат	8 (100%)	0 (0%)	p<0,001
Механическая желтуха	0 (0%)	16 (100%)	p<0,001
Холестатический гепатит	0 (0%)	16 (100%)	p<0,001
Острый панкреатит	0 (0%)	5 (31,3%)	p=0,027

Статистически значимо больше у всех 16 больных с холедохолитиазом диагностировались механическая желтуха и холестатический гепатит в подгруппе 2 (n=16) (p<0,001), а острый панкреатит был выявлен у 5 (31,3 %) беременных, что обусловлено течением патологического процесса. Паравезикулярный инфильтрат определялся у 8 беременных 1 подгруппы (n=20) с острым холециститом (p<0,001), что и послужило основанием для последующего выполнения ЧЧХС. Всем беременным

1 группы (n=36) было выполнено трансабдоминальное УЗИ до операции и на 1-е сутки после хирургического вмешательства.

Для оценки качества миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных в 1 группе (n=36) нами были изучены и проанализированы следующие параметры: клиническая картина заболевания в ближайшем и отдаленном периодах, количество койко-дней, осложнения течения беременности после хирургического вмешательства в госпитальном и постгоспитальном периодах. Нами оценивались осложнения операции в госпитальном периоде. Осложнение в виде РХПГ-индуцированного панкреатита было выявлено у 1 беременной в 1 группе, подгруппе 2 (n=16), что составило 6,25 % от общего числа пациенток в группе (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели времени операции и койко-дней у беременных в 1 группе исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=20)		Подгруппа 2 (n=16) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ + стент
	ЛХЭ (n=12)	ЧЧХС (n=8)	
Время операции, мин.	50 [42; 56]	20 [20; 21]	52 [46; 59]
Койко-день в АИТ	1 [1; 1]	1 [1; 1]	2 [2; 3]
Койко-день в хирургическом отделении	6 [5; 8]	5 [4; 7]	6 [6; 7]
Общий койко-день	7 [6; 8]	6 [5; 8]	8 [8; 10]

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

Проводился анализ осложнений беременности после проведенного хирургического вмешательства в госпитальном периоде в группе 1 (n=36), в 1 подгруппе (n=20) и 2 подгруппе (n=16) (таблица 3).

Таблица 3 – Осложнения беременности в госпитальном периоде в 1 группе (n=36) исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=18), абс., (%)		Подгруппа 2 (n=16), абс., (%) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ	p – уровень значимости
	ЛХЭ (n=12)	ЧЧХС (n=8)		
Нарушения плацентарного кровообращения	0 (%)	0 (%)	0 (%)	–
Самопроизвольный аборт	0 (%)	0 (%)	0 (%)	–

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

Такие осложнения беременности, как нарушения плацентарного кровообращения, маловодия, самопроизвольного аборта отсутствовали. Проводился анализ течения беременности и родов после проведенного хирургического вмешательства в постгоспитальном периоде через 8 месяцев после хирургического вмешательства в группе 1 (n=36), в 1 подгруппе (n=20) и 2 подгруппе (n=16) (таблица 4). Анализ осуществлялся с помощью анкетирования исследуемых.

Самопроизвольные аборт и антенатальная смертность не наблюдались.

Таблица 4 – Течение беременности и родов в постгоспитальном периоде в 1 группе исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=20), абс., (%)		Подгруппа 2 (n=16), абс., (%)	p – уровень значимости
	ЛХЭ n = 12	ЧЧХС n = 8	ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ	
Самопроизвольный аборт	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–
Естественные роды	10 (83%)	7 (88%)	14 (88%)	p=0,944
Кесарево сечение	2 (17%)	1 (13%)	2 (13%)	p=0,944
Антенатальная смертность	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

Клиническая характеристика и результаты лечения беременных с осложнениями ЖКБ во втором триместре беременности. Во 2 группу вошли 37 женщин во втором триместре беременности, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=18) – пациентки с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=19) – пациентки с диагнозом «холедохолитиаз», которым была выполнена ЭПТ ЭРХГ и ЭМЛЭ, а позднее (на 2-3 сутки) выполнялась ЛХЭ. Все исследуемые проходили хирургическое лечение в нашем стационаре в период с 2008 по 2019 гг. ЛХЭ было выполнена 31 (84%) от общего числа пациенток в группе, ЧЧХС была выполнена 6 (16%). Медиана возраста беременных составила в 1 подгруппе 26 [21;31], в 2 подгруппе 25 [19;31]. У беременных во втором триместре с ЖКБ наблюдались некоторые осложнения основного заболевания, как в группе, так и в подгруппах, что видно в (таблице 5).

У пациенток во втором триместре беременности паравезикулярный инфильтрат был выявлен статистически значимо больше в 1 подгруппе (p<0,001), что послужило основанием для выполнения ЧЧХС (n=6). В подгруппе 2 (n=16) механическая желтуха и холестатический гепатит были диагностированы у всех 16 беременных с холедохолитиазом (p<0,001), а острый панкреатит был выявлен у 6 (31,6%) больных, что также значимо больше в сравнении с 1 подгруппой (p=0,034). Всем беременным во втором

триместре беременности было выполнено трансабдоминальное УЗ-исследование до операции и на 1-е сутки после хирургического вмешательства.

Таблица 5 – Частота осложнений желчнокаменной болезни у беременных 2 группы

Заболевания	Подгруппа 1 (n=18), абс., (%)	Подгруппа 2 (n=19), абс., (%)	p –уровень значимости
Паравезикулярный инфильтрат	6 (100%)	0 (0%)	p<0,001
Механическая желтуха	0 (0%)	19 (100%)	p<0,001
Холангит	0 (0%)	1 (5,3%)	p=0,615
Холестатический гепатит	0 (0%)	19 (100%)	p<0,001
Острый панкреатит	0 (0%)	6 (31,6%)	p=0,034

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных; М – среднее; SD – стандартное отклонение.

Анализ длительности операции, койко-дней в реанимационном и хирургическом отделении, а также общего койко-дня представлен в (таблице 6).

Таблица 6 – Показатели времени операции и койко-дней у беременных во 2 группе исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=18)		Подгруппа 2 ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ+ЛХЭ (n=19)
	ЛХЭ (n=12)	ЧЧХС (n=6)	
Время операции, мин.	55 [49; 57]	20 [20; 21]	50 [47; 54]
Койко-день в АИТ	1 [1; 1]	1 [1; 1]	2 [2; 3]
Койко-день в хирургическом тделении	4 [4;6]	5 [4; 5]	9 [8; 11]
Общий койко-день	5 [5; 7]	6 [5; 6]	11 [10; 14]

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция

Койко-день в хирургическом отделении в подгруппе 2 (n=19) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ+ЛХЭ составил 9 [8; 11], что статистически значимо больше в сравнении с подгруппой 1 (n=18); аналогичная картина наблюдается в отношении общего койко-дня 11 [10; 14] (p<0,001). Это обусловлено тем, что в подгруппе 2 (n=19) миниинвазивные мешательства выполнялись в 2 последовательных этапа, где первым этапом было выполнено ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ, а спустя 2-3 суток – ЛХЭ.

Анализировались осложнения беременности после проведенного хирургического вмешательства в госпитальном периоде в группе 1 (n=36), в 1 подгруппе (n=20) и 2 подгруппе (n=16). Осложнения беременности в виде

преждевременных родов, нарушения плацентарного кровообращения, маловодия, самопроизвольного аборта отсутствовали.

Проводился анализ течения беременности и родов после проведенного хирургического вмешательства в постгоспитальном периоде через 6 месяцев после хирургического вмешательства в группе 2 (n=37), в 1 подгруппе (n=18) и 2 подгруппе (n=19) (таблица 7). Анализ осуществлялся с помощью анкетирования исследуемых.

Таблица 7 – Течение беременности и родов в постгоспитальном периоде во 2 группе исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=18), абс., (%)		Подгруппа 2 (n=19), абс., (%) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ	p – уровень значимости
	ЛХЭ (n=12)	ЧЧХС (n=6)		
Самопроизвольный аборт	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–
Естественные роды	11 (92%)	5 (83%)	17 (89%)	p=0,865
Кесарево сечение	1 (8%)	1 (17%)	2 (11%)	p=0,865
Преждевременные роды	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–
Аntenатальная смертность	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

Осложнения беременности в виде преждевременных родов, нарушения плацентарного кровообращения, маловодия, самопроизвольного аборта отсутствовали.

Клиническая характеристика и результаты лечения беременных с осложнениями ЖКБ в третьем триместре беременности. В 3 группу вошли 36 беременных в третьем триместре, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=22) – пациентки с диагнозом «острый холецистит», которым была выполнена ЛХЭ или ЧЧХС, и подгруппа 2 (n=14) – пациентки с диагнозом «холедохолитиаз», которым выполнялась ЭПТ ЭРХГ и ЭМЛЭ с последующей установкой стента. Все исследуемые проходили хирургическое лечение в стационаре в период с 2008 по 2019 гг. У беременных в третьем триместре для ЛХЭ использовался разработанный нами способ определения точки установки первого троакара при выполнении urgentных лапароскопических вмешательств при остром холецистите и остром аппендиците (патент от 24.08.2022 г. № 2778782). ЛХЭ выполняли 6 (17 %) от общего числа беременных в группе, ЧЧХС – 16 (44 %). Медиана возраста беременных составила в 3 подгруппе 26 [20;32], в подгруппе 26 [22;31]. У беременных в третьем триместре с ЖКБ наблюдались некоторые осложнения

основного заболевания, как в группе 3 (n=36), так и в подгруппах, что показано в таблице 8.

Таблица 8 – Частота осложнений желчнокаменной болезни у беременных 3 группы

Заболевания	Подгруппа 1 (n=22), абс., (%)	Подгруппа 2 (n=14), абс., (%)	p –уровень значимости
Паравезикулярный инфильтрат	14 (87,5%)	0 (0%)	p<0,001
Механическая желтуха	0 (0%)	14 (100%)	p<0,001
Холестатический гепатит	0 (0%)	14 (100%)	p<0,001
Острый панкреатит	0 (0%)	4 (28,6%)	p=0,03

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных.

У всех 14 беременных в подгруппе 2 (n=14) с диагнозом «холедохолитиаз» статистически значимо больше диагностировалась механическая желтуха и холестатический гепатит (p<0,001), а острый панкреатит был выявлен у 4 (28,6 %) больных, что являлось основанием для выбора миниинвазивного хирургического метода ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ с последующей установкой стента. Паравезикулярный инфильтрат определялся у 14 беременных 1 подгруппы с острым холециститом (p<0,001). Анализ длительности операции, койко-дней в реанимационном и хирургическом отделении, а также общего койко-дня представлен в (таблице 9).

Таблица 9 – Показатели времени операции и койко-дней у беременных в 3 группе (n=36) исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n = 22)		Подгруппа 2 (n=14) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ + стент
	ЛХЭ (n=6)	ЧЧХС (n=16)	
Время операции, мин.	60 [60; 68]	20 [20; 23]	60 [55; 63]
Койко-день в АИТ	1 [1; 1]	1 [1; 1]	2 [2; 3]
Койко-день в хирургическом отделении	6 [5; 7]	5 [4; 6]	6 [6; 7]
Общий койко-день	7 [6; 8]	6 [5; 7]	8 [8; 10]

Примечание: АИТ – анестезиология интенсивная терапия; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

В подгруппе 1 (n=22) у беременных, которым было выполнено ЧЧХС (n=16), койко-день в хирургическом отделении составил 5 [4; 6]. Это статистически значимо меньше в сравнении с пациентками, перенесшими ЛХЭ (n=6) и (n=19)

ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ+стент (n=14). Аналогичная картина наблюдается по общему койко-дню – 11 [10; 14] (p<0,001). Это обусловлено тем, что ЧЧХС является техничеки простым и минимально травматичным вмешательством, позволяющим значимо сократить сроки пребывания в стационаре. Метод применялся нами при выявлении у беременной паравезикулярного инфильтрата (включая отек гепато-дуоденальной связки) по результатам УЗИ-исследования. В 2 случаях (12,5 %) в подгруппе 1 (n=16) размеры матки не позволили выполнить ЛХЭ, поэтому при легком течении холецистита выполнили ЧЧХС.

Проводился анализ осложнений беременности после проведенного хирургического вмешательства в госпитальном периоде в группе 3 (n=36), в 1 подгруппе (n=22) и 2 подгруппе (n=14). Осложнения беременности в виде преждевременных родов, нарушения плацентарного кровообращения, маловодия, отсутствовали.

Проводился анализ течения беременности и родов после проведенного хирургического вмешательства в постгоспитальном периоде через 3 месяца в группе 3 (n=36), в 1 подгруппе (n=22) и 2 подгруппе (n=14) (таблица 10).

Таблица 10 – Течение беременности и родов в постгоспитальном периоде в 3 группе исследования

Показатель	Подгруппа 1 (n=22), абс., (%)		Подгруппа 2 (n=14), абс., (%) ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ + стент	p – уровень значимости
	ЛХЭ (n=6)	ЧЧХС (n=16)		
Естественные роды	5 (83,3%)	14 (87,5%)	12 (85,7%)	p=0,968
Кесарево сечение	1 (16,7%)	2 (12,5%)	2 (14,3%)	p=0,968
Преждевременные роды	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–
Аntenатальная смертность	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	–

Примечание: абс. – абсолютное число исследуемых больных; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия; ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография; ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция.

Преждевременные роды и антенатальная смертность не наблюдались. Таким образом, полученные результаты явной положительной динамики изучаемых показателей у пациенток с осложненной ЖКБ свидетельствуют об однозначной трактовке в пользу предложенного алгоритма миниинвазивной хирургической тактики (рисунок 4) в зависимости от триместра беременности.

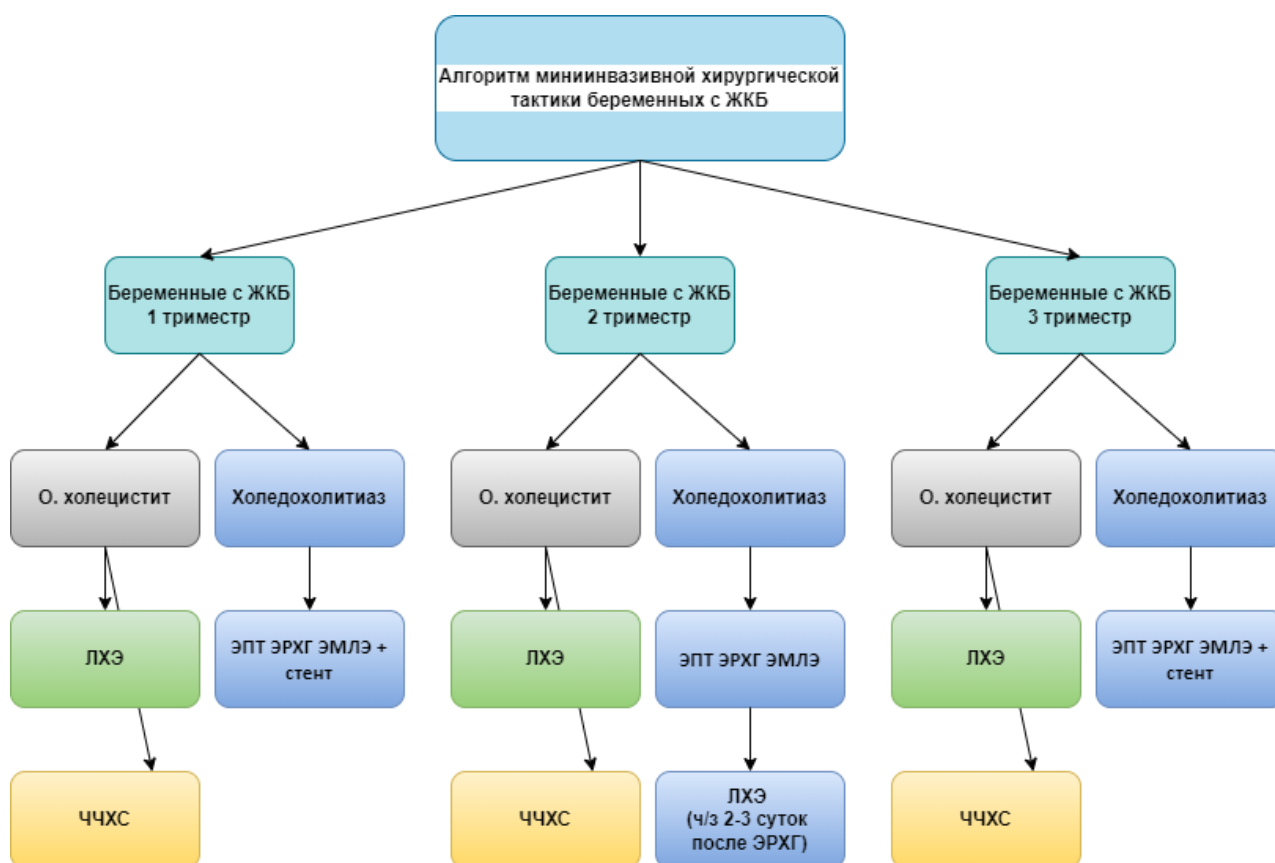


Рисунок 4 – Алгоритм активной хирургической тактики лечения беременных с желчнокаменной болезнью

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данного исследования являлась оценка эффективности лечения осложненных форм ЖКБ с применением миниинвазивных хирургических методов в различных триместрах беременности в условиях стационара ГБУЗ ККБ № 2 Краснодарского края. В основу работы положены результаты комплексного исследования 109 беременных с диагнозом ЖКБ, проходивших хирургическое лечение в отделении хирургии ГБУЗ ККБ № 2 за период с 2008 по начало 2019 гг. Клинический материал послужил основанием для всестороннего анализа позитивных и негативных сторон применяемой лечебной тактики в данный отрезок времени и поиска путей ее улучшения. Медиана возраста беременных составила 26 лет, медиана давности заболевания – 2 года. Пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от триместра беременности, а каждая группа – на 2 подгруппы в зависимости от диагноза: 1 группа (n=36) – подгруппа 1 (n=20) «острый холецистит», подгруппа 2 (n=16) – «холедохолитиаз»; 2 группа (n=37) – подгруппа 1 (n=18) «острый холецистит», подгруппа 2 (n=19) «холедохолитиаз»; 3 группа (n=36) подгруппа 1 (n=22) «острый холецистит», подгруппа 2 (n=14) «холедохолитиаз» в соотношении 1:1:1. Беременным с острым холециститом в каждом триместре беременности в зависимости от наличия или отсутствия паравезикулярного инфильтрата, если расстояние между дном матки мечевидным отростком позволяло установить троакары (расстояние не менее 6 см), выполнялась ЛХЭ или ЧЧХС. Беременным с холедохолитиазом в зависимости от срока гестации выполнялась ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ с установкой стента или двухэтапный

миниинвазивный метод – ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ. На 2-3 сутки после операции выполнялась ЛХЭ. У беременных во втором и третьем триместре при выполнении ЛХЭ использовался собственный разработанный способ установки троакаров (патент от 24.08.2022 г. № 2778782). Беременные 1 группы, которым выполнялось ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ с установкой стента, при достижении 15-18 недели гестации, повторно госпитализировались для выполнения ЛХЭ с последующим удалением стента. Беременные 3 группы, которым выполнялось ЧЧХС или ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ с установкой стента, через 2-3 месяца после родов рекомендовалась повторная госпитализация для выполнения ЛХЭ или ЛХЭ с последующим удалением стента. Обследование беременных проводилось на базе клинических отделений ГБУЗ ККБ № 2 (г. Краснодар). В отдаленном послеоперационном периоде было прослежено 106 пациенток, медиана наблюдения составила от 6 до 12 месяцев. Контроль за состоянием исследуемых производился с помощью телефонного опроса, анализа специального опросного листа, заполненного пациентами, а также данных обследования в отдаленном периоде, которые были предоставлены исследуемыми больными по электронной почте. При анализе предоперационных результатов у беременных в различных триместрах беременности с ЖКБ наблюдались сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (2-1,8 %), анемия (2-1,8 %), щитовидной железы (2-1,8 %), сердечно-сосудистой (2-1,8 %) и мочеполовой системы (3-2,7 %), ЖКТ (6-5,5 %). Значимых различий между группами и подгруппами отмечено не было. У исследуемых наблюдались осложнения основного заболевания как в группах, так и в подгруппах, в виде острого панкреатита, холестатического гепатита, паравезикулярного инфильтрата, механической желтухи, что служило основанием в выборе активной тактики миниинвазивного хирургического лечения. Хирургическая лечебная тактика исследования главным образом опиралась на следующие принципы: сроки от момента заболевания, осложнения основного заболевания, инструментальная и лабораторная верификация ЖКБ. В работе продемонстрировано, что применение патогенетически обоснованных методов миниинвазивного хирургического лечения ЖКБ у беременных улучшает исход заболевания и не оказывает влияние на течение беременности и родов. Результаты исследования показывают, что выполнение у беременных с острым холециститом ЛХЭ или ЧЧХС, а в случае холедохолитиаза ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ и установкой стента, или последующее выполнение ЛХЭ, позволило уже на 1-3 сутки добиться значимого снижения маркеров воспаления (лейкоциты, С-реактивный белок) до верхней границы нормы (WBC – 1 группа $8,6 \pm 0,7$, $8,5 \pm 1,3$, $9,0 \pm 0,5$ 10⁹/L, С-реактивный белок – $15,7 \pm 3,5$, $18,3 \pm 0,8$, $16,1 \pm 1,3$ соответственно; 2 группа WBC – $6,1 \pm 0,5$, $7,8 \pm 1,5$, $6 \pm 0,6$ 10⁹/L, С-реактивный белок – $11,9 \pm 1,3$, $17,3 \pm 0,9$, $10,1 \pm 2,9$ соответственно; 3 группа WBC – $8,3 \pm 0,4$, $6,3 \pm 1,2$, $8,5 \pm 0,7$ 10⁹/L, С-реактивный белок – $14,4 \pm 2,5$, $11,1 \pm 0,5$, $13,5 \pm 2,1$ соответственно $p < 0,001$). Биохимические показатели, отражающие состояние панкреатобилиарной системы (прямой и общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза и пр.), в сравнении с исходными данными, статистически значимо снижались уже к 4-м суткам после операции ($p < 0,001$), что было сопоставимо с общим состоянием беременных и их активизацией. Для

оценки качества миниинвазивных хирургических вмешательств у беременных в различных триместрах нами были изучены и проанализированы: клиническая картина ЖКБ в ближайшем и отдаленном периодах, койко-дни, осложнения течения беременности после хирургического вмешательства в госпитальном и пост-госпитальном периодах. Мы оценивали осложнения операции в госпитальном периоде. Медиана койко-дней в хирургическом отделении беременных в группах составила 6 дней. Осложнение в виде ретроградного панкреатохолангиографического (РХПГ) индуцированного панкреатита в 1 группе было выявлено у 1 беременной, что составило 6,25 % от общего числа исследуемых в подгруппе. Во втором триместре в группе 2 осложнение в виде РХПГ-индуцированного панкреатита было выявлено у 2 беременных (10,5 %). У исследуемых в 3 группе РХПГ-индуцированный панкреатит наблюдался у 2 беременных (14,2 %). После выполнения ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ с установкой стента или последующей ЛХЭ при сравнении показателей клинического и биохимического анализа крови, трансабдоминального УЗ-исследования у беременных с ЖКБ были обнаружены статистически значимые различия. На 3-и сутки после операции уровень лейкоцитов (WBC) в 2 группе подгруппе 2 составил $6 \pm 0,6$ что значимо меньше в сравнении с аналогичными показателями в других группах ($p < 0,001$). Уровень общего билирубина составил во 2 группе подгруппе 2 составил $13,4 \pm 2,2$ ($p < 0,001$); уровень С-реактивного белка составил $10,1 \pm 2,9$ ($p < 0,001$). Показатели длины 74 [72; 77], ширины 45 [43; 47] и толщина стенки желчного пузыря 2,1 [2,1; 2,5] по результатам УЗ-исследования уже на 1 сутки во 2 группе 2 подгруппе также были статистически значимо меньше в сравнении с другими триместрами ($p = 0,036$, $p = 0,001$ и $p = 0,035$ соответственно).

В проведенном нами исследовании у всех беременных наблюдался положительный эффект после выполнения ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ и установки стента или последующей ЛХЭ. Однако в данном случае полученные результаты позволяют рекомендовать применение двухэтапного миниинвазивного метода, особенно во втором триместре беременности, при холедохолитиазе (в сроки с 14 по 28 неделю гестации). После выполнения ЧЧХС у беременных с ЖКБ в I, II и III триместре при сравнении показателей клинического и биохимического анализа крови, трансабдоминального УЗ-исследования желчного пузыря обнаружены статистически значимые различия. Уровень WBC в 3 группе подгруппе 1 составил $6,3 \pm 1,2$, что значимо меньше в сравнении с аналогичными показателями в других группах ($p < 0,001$). На 4-е сутки после ЧЧХС уровень С-реактивного белка в 3 группе подгруппе 1 составил $11,1 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). Медиана ширины желчного пузыря по данным УЗ-исследования в 3 группе подгруппе 1 составила 44 [43; 47], что также значимо меньше ($p < 0,001$). В нашем исследовании у всех беременных наблюдался положительный эффект после выполнения ЧЧХС. В данном случае применение миниинвазивного метода указывает на эффективность, и приоритетность ЧЧХС, особенно в 3 триместре беременности, для успешной реализации активной хирургической тактики. Изучение особенностей клинической картины ЖКБ у беременных показало, что во II триместре при остром холецистите наиболее часто пациентки жалуются на тошноту и слабость с повышенной утомляемостью ($p < 0,001$ и $p = 0,035$), тогда как в III триместре - на боль, тяжесть

в эпигастрии и горечь во рту ($p=0,02$ и $p=0,008$). Беременные с холедохолитиазом во II триместре жалуются на боль, тяжесть в эпигастрии и на слабость с повышенной утомляемостью ($p=0,032$ и $p=0,045$), а в III триместре – на тошноту и горечь во рту ($p=0,002$ и $p < 0,001$). Не исключено влияние прогрессирования беременности на выраженность тех или иных клинических признаков заболевания. Согласно полученным данным, осложнения беременности в госпитальном периоде в виде преждевременных родов, нарушения плацентарного кровообращения, самопроизвольного аборта не наблюдались. Осложнения беременности и родов в постгоспитальном периоде в группах исследования (преждевременные роды и антенатальная смертность) отсутствовали. Из 109 пациенток естественные роды были у 95 (87,1 %), роды с помощью кесарева сечения – 14 (12,9 %).

ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина осложненных форм ЖКБ у беременных во II и III триместре имеет особенности. Во II триместре при остром холецистите наиболее часто пациентки предъявляют жалобы на тошноту и слабость с повышенной утомляемостью ($p < 0,001$ и $p=0,035$), в III триместре на боль, тяжесть в эпигастрии и горечь во рту ($p=0,02$ и $p=0,008$). Беременные с холедохолитиазом во II триместре жалуются на боль, тяжесть в эпигастрии и на слабость с повышенной утомляемостью ($p=0,032$ и $p=0,045$), а в III триместре – на тошноту и горечь во рту ($p=0,002$ и $p < 0,001$).

2. Анализ результатов лечения беременных показал, что при развитии осложненных форм ЖКБ и необходимости минимально инвазивного оперативного вмешательства срок гестации не играет значимой роли.

3. При применении таких минимально инвазивных хирургических методов лечения у беременных с острым холециститом, как ЛХЭ, ЧЧХС, а также предложенного метода постановки первого троакара во второй половине беременности при выполнении ЛХЭ, не было выявлено послеоперационных осложнений.

4. У беременных с холедохолитиазом во II триместре беременности выполнение двухэтапного миниинвазивного метода ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ и последующей ЛХЭ является оправданным.

5. Использование анализируемых миниинвазивных хирургических методов лечения у беременных с осложненными формами ЖКБ не сопряжено с рисками послеоперационных осложнений, а также осложнений течения беременности и родов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Беременным с осложненными формами ЖКБ необходимо применять активную хирургическую тактику с использованием миниинвазивных методов лечения вне зависимости от сроков гестации.

2. Беременные с осложненными формами ЖКБ нуждаются в госпитализации предпочтительно в многопрофильном стационаре, что позволяет отслеживать состояние больных акушерами-гинекологами и специалистами узкого профиля.

3. Методом выбора хирургического лечения острого холецистита у беременных на разных триместрах беременности является лапароскопическая

холецистэктомия в случае, если расстояние между дном матки мечевидным отростком позволяет установить троакары (расстояние не менее 6 см) и отсутствует осложнение ЖКБ в виде паравезикулярного инфильтрата.

4. У беременных с холедохолитиазом во II триместре беременности рекомендуется выполнение двухэтапного миниинвазивного метода ЭПТ ЭРХГ ЭМЛЭ и последующей ЛХЭ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Продолжить изучения эффективности применяемых миниинвазивных вмешательств, а также предложенного алгоритма и разработанного способа установки троакаров при выполнении лапароскопической холецистэктомии на поздних сроках беременности у большего числа пациенток.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Желчнокаменная болезнь у беременных / В. М. Дурлештер, К. Д. Антинян, С. А. Габриэль [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2017. – №2. – С. 32-35.

2. Опыт лечения беременных с «острым животом» / В. М. Дурлештер, Е. С. Бабенко, М. Т. Дидигов [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24, № 5. – С. 22-30. (Перечень ВАК)

3. Антинян, К. Д. Особенности диагностики осложненной желчнокаменной болезни у беременных / К. Д. Антинян, Е. С. Бабенко, В. М. Дурлештер // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26, № 1. – С. 168-174. (Перечень ВАК)

4. Острый панкреатит у беременных / В. М. Дурлештер, Е. С. Бабенко, К. Д. Антинян [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2019. – № 2. – С. 11-20. (Перечень ВАК)

5. Пат. № 2778782 РФ. МПК А61В 17/00 (2006.01), А61В 17/34 (2006.01), А61В 8/12 (2006.01). Способ определения точки установки первого троакара при выполнении urgentных лапароскопических вмешательств при остром холецистите и остром аппендиците во втором и третьем триместре беременности: заявл. 31.05.2021: опубл. 24.08.2022 / Антинян К.Д. Бабенко Е.С., Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Крушельницкий В.С., Кортиева А. Т. – Бюл. № 24. – 10 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

WBC – абсолютное содержание лейкоцитов

АИТ – анестезиология интенсивная терапия

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия

РХПГ – ретроградная панкреатохолангиография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЧЧХС – черескожная череспеченочная холецистостомия

ЭМЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция

ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия

ЭРХГ – эндоскопическая ретроградная холангиография

ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

Антинян Карен Дмитриевич

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук