ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ 34 НЕДЕЛИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ACUTE CHOLECYSTITIS DURING PREGNANCY 34 WEEKS (CLINICAL CASE)

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Гадельшина Лилия Ильдаровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Мерзликина Карина Александровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Styazhkina S. N. sstazkina064@gmail.com

Gadelshina L. I. liliagadelsina@gmail.com

Merzlikina K. A. ms.erknalieva@mail.ru

Аннотация

Острый холецистит является частым осложнением при беременности, которое связанно с особенностями физиологии беременной женщины. По распространенности среди хирургических заболеваний у беременных острый холецистит стоит на втором месте после острого аппендицита. Частота распространения 1:1500 беременных.

Annotation

Acute cholecystitis is a common complication during pregnancy, which is associated with the physiology of a pregnant woman. In terms of prevalence among surgical diseases in pregnant women, acute cholecystitis is in second place after acute appendicitis. The frequency of distribution is 1: 1500 pregnant women.

Ключевые слова: острый холецистит, калькулёзный холецистит, беременность, ЖКБ, клинический случай.

Key words: acute cholecystitis, calculous cholecystitis, pregnancy, gallstone disease, clinical case.

Острый холецистит - воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией.

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей - является распространенной патологией внутренних органов, ей страдают до 20% взрослого населения. В последние годы заболеваемость острым холециститом в стране возросла в 5 раз. За счет своевременного выполнения операций в плановом порядке, вне выраженного обострения холецистита была достигнута относительно низкая летальность.

Острый холецистит - частое осложнение ЖКБ. В 90% случаев развивается на фоне ЖКБ, а в 10% - при отсутствии камней в желчном пузыре. Пусковым моментом развития острого воспаления и некробиотических процессов в стенке пузыря служит повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст., которое возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря в результате обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламмом и др.

Из-за повышенного давления происходит нарушение кровоснабжения слизистой желчного пузыря, слизистого барьера, а как следствие – рост микроорганизмов и увеличение воспалительной экссудации в просвет органа, которая в свою очередь ещё больше повышает давление в органе, что приводит к формированию «порочного круга».

К одному из видов острого холецистита относят *калькулезный холецистит* - воспаление желчного пузыря, содержащего конкременты. В 12-24 % случаев осложняется холедохолитиазом, в 26—49 % механической желтухой, в 23—47 % — холангитом.

Клинический пример. Пациентка А., 33 года поступила в приемный покой БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы» МЗ УР с

жалобами на боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту, потемнение мочи. Боли в животе появились ночью, температура тела не повышалась. ЖКБ узнала в декабре, когда был приступ желчной колики. В марте 2020 г повторный приступ болей. Стационарное лечение в 9 ГКБ, консервативное лечение, затем стационарное лечение во 2 роддоме по поводу повышения АСТ, АЛТ, холестаза. 10.04.2021 г. по договоренности с перинатальным центром направлена в 1 РКБ. Перенесенные операции: кесарево сечение 2011, 2015 гг.

При осмотре: состояние средней степени тяжести ближе к удовлетворительному, сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, чистые.

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 16 уд/мин.

Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 90/60 мм рт ст, пульс 86 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот увеличен в размерах за счет беременной матки, мягкий, незначительно вздут, умеренно болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Печень не выступает из-под края реберной дуги, не увеличена. Симптомы Ортнера, Мерфи слабо положительные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, активная. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Умеренный лейкоцитоз, амилазурия.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

УЗИ органов брюшной полости от 10.04.2021г.:

Печень: лоцируется преимущественное через межреберье. Контуры ровные в видимых отделах. Структура диффузно-неоднородная. Эхогенность повышена.

Желчный пузырь: 12х6х5,1 увеличен, напряжен. Стенки утолщены на момент УЗИ, эхо-уплотнены. В просвете несколько смещаемых гиперэхоструктур с

тенью до 2,2 см + уровень эхо-взвеси. Элементы ПДС достоверно не лоцируются. ВПЖП не расширены.

Свободной жидкости в видимых отделах не найдено.

Поджелудочная железа: достоверно не лоцируется.

Почки: без признаков уростаза.

Заключение: УЗ-признаки ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. Умеренно диффузных изменений в печени.

Биохимический анализ крови от 10.04.2021 г.:

АЛТ 344,8 ед/л

АСТ 209,7 ед/л

А-амилаза 71,5 ед/л

Гамма-ГТ 36,5 ед/л

Креатинин 43,4 мкмоль/л

Мочевина 2,49 ммоль/л

Общий белок 57,5 г/л

Билирубин общий 18,54 мкмоль/л

Щелочная фосфатаза 260,6 ед/л

СРБ 29,9 мг/л

Осмотр врача-акушера-гинеколога в приемном отделении от 12.04.2021г.: диагноз беременность 34 недели. 2 рубца на матке.

Клинический диагноз: ЖКБ, обострение хронического калькулезного холецистита. Билиарно-зависимый панкреатит. Беременность 33-34 недели.

За время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: раствор Рингера, раствор глюкозы 5%, 0,9% NaCl, платифиллин, омепразол, метоклопрамид.

Исход госпитализации: выписана. Улучшение состояния.

Проведено дообследование, консервативная терапия. Боли в животе купировались. Состояние удовлетворительное. Консультирована акушером-гинекологом. Показаний для экстренного оперативного лечения нет. Выписана на амбулаторное долечивание у гастроэнтеролога, наблюдение у гинеколога.

Рекомендовано: строгая диета, прием спазмолитиков, прием ферментов в таблетках после еды.

Литература

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению острого холецистита/ А.Г. Бебуришвили [др.] - Москва, 2019, С. 4-7, 13-30.
2. Хирургические болезни, учебник, Кузин М. И., 2018 г.

Literature

1. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of acute cholecystitis / A.G. Beburishvili [others] - Moscow, 2019, pp. 4-7, 13-30.
2. Surgical diseases, textbook, Kuzin M.I., 2018