

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

Расулова П.Р., Зайниев А.Ф.

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Осложнённые формы желчнокаменной болезни (ЖКБ) при беременности - острый холецистит, холедохолитиаз с механической желтухой (МЖ) и острый билиарный панкреатит - занимают ведущее место в структуре неотложной абдоминальной патологии у беременных и, по данным крупных эпидемиологических исследований, встречаются у 0,05–0,33% беременных. Несмотря на относительно невысокую частоту, каждое из перечисленных осложнений сопряжено со значительным риском для матери и плода: частота преждевременных родов при остром холецистите достигает 12–18%, а перфоративный холецистит с перитонитом ассоциирован с потерей плода в 15–22% случаев при несвоевременном лечении.

Принципиальная особенность данной категории пациенток состоит в необходимости принятия многоуровневого тактического решения, одновременно учитывающего: степень тяжести хирургического осложнения, срок беременности и объём матки, характер поражения желчевыводящих путей (изолированный холецистит vs холедохолитиаз), а также акушерскую ситуацию и состояние фетоплацентарного комплекса. В региональной хирургической практике единый стандартизированный алгоритм, систематизирующий все три уровня принятия решений, до настоящего времени отсутствовал, что приводило к высокой вариабельности тактики и неоптимальным результатам.

Цель исследования. Разработать трёхуровневый дифференцированный алгоритм хирургической тактики при осложнениях ЖКБ у беременных и оценить его клиническую эффективность в сравнении с исторической группой пациенток без применения алгоритма.

Материал и методы. Основную группу составили 87 беременных с осложнёнными формами ЖКБ, пролеченных на базе клиники СамГМУ в 2016–2023 гг. Нозологическая структура: острый калькулёзный холецистит - 58 (66,7%), холедохолитиаз с механической желтухой - 17 (19,5%), острый билиарный панкреатит - 8 (9,2%), перфоративный холецистит с перитонитом - 4 (4,6%). Распределение по триместрам: I - 14 (16,1%), II - 49 (56,3%), III - 24 (27,6%). Средний возраст пациенток - $28,4 \pm 5,7$ лет. Группой сравнения

(историческая контрольная группа) послужили 54 беременных с аналогичной патологией, оперированных в 2010–2015 гг. без систематизированного алгоритма.

В основной группе применялся разработанный трёхуровневый алгоритм. Первый уровень - стратификация тяжести по классификации Токийских рекомендаций TG18 (Grade I–III) с определением допустимых сроков и методов вмешательства. Второй уровень - выбор хирургического доступа: при сроке до 26 нед. методом выбора служила лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с обязательным соблюдением технических требований (открытый доступ по Хасану, давление CO₂ 10–12 мм рт. ст., левое боковое положение 15–20°, мониторинг EtCO₂); при сроке свыше 26 нед. - индивидуальное решение с учётом объёма матки; при перитоните - лапаротомия как абсолютное показание. Третий уровень - тактика при холедохолитиазе и МЖ: при МРТ-верифицированном холедохолитиазе - двухэтапный подход (ЭРХПГ со сфинктеротомией → ЛХЭ через 48–72 ч); при МЖ свыше 72 часов с явлениями холангита - чрескожная чреспечёночная холангиостомия (ЧЧХС) в качестве первого этапа декомпрессии; при невозможности ЭРХПГ - интраоперационная холедохоскопия.

Диагностический комплекс включал УЗИ органов брюшной полости (все пациентки), МРТ-холангиографию при подозрении на холедохолитиаз (23 наблюдения), определение биохимических маркёров холестаза (билирубин, ЩФ, ГГТП), КТГ-мониторинг плода.

Результаты. Внедрение алгоритма позволило достоверно изменить структуру хирургической активности и улучшить исходы лечения. Доля ЛХЭ в основной группе возросла с 38,9% до 63,2% ($p = 0,003$), что свидетельствует о более широком и обоснованном применении малоинвазивного доступа. Частота послеоперационных осложнений снизилась с 27,8% до 12,6% ($p = 0,018$), средняя длительность госпитализации сократилась с $8,9 \pm 3,2$ до $5,1 \pm 2,4$ сут. ($p < 0,001$). Акушерские исходы в основной группе достоверно улучшились: частота преждевременных родов снизилась с 18,5% до 8,0% ($p = 0,042$), частота потери плода - с 7,4% до 2,3% ($p = 0,101$, тенденция). Частота угрозы прерывания беременности в периоперационном периоде уменьшилась с 33,3% до 16,1% ($p = 0,026$). При холедохолитиазе с МЖ ($n = 17$) двухэтапная тактика (ЭРХПГ+ЭПСТ → ЛХЭ) применена в 14 наблюдениях с успешной декомпрессией желчных путей в 85,7% случаев против 61,5% в контрольной группе ($p = 0,044$). ЧЧХС как первый этап выполнена у 2 пациенток с холангитом и длительной МЖ; в обоих

случаях достигнута стабилизация с последующей радикальной операцией. При остром билиарном панкреатите ($n = 8$) агрессивная инфузионная терапия в сочетании с ранней санацией желчных путей позволила избежать тяжёлых форм панкреонекроза во всех наблюдениях. Летальных исходов ни в основной, ни в контрольной группе не было.

Заключение. Применение трёхуровневого дифференцированного алгоритма хирургической тактики при осложнениях ЖКБ у беременных достоверно улучшает хирургические и акушерские исходы по сравнению с нестандартизированным подходом. Ключевыми элементами алгоритма являются: стратификация тяжести по TG18 как основа для принятия решений о сроке и методе вмешательства; приоритет ЛХЭ при соблюдении технических требований безопасности; двухэтапная тактика при холедохолитиазе с обязательным МРТ-этапом диагностики. Разработанный алгоритм обеспечивает системный мультидисциплинарный подход с участием хирурга, акушера-гинеколога и анестезиолога и рекомендован для внедрения в хирургических стационарах, оказывающих помощь данной категории пациенток.

Литература. 1. Sedaghat N., Cao A.M., Eslick G.D., Cox M.R. Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis // *Surg. Endosc.* — 2017. — Vol. 31(2). — P. 673–679. PMID: 27324332.

2. Okamoto K., Suzuki K., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* — 2018. — Vol. 25(1). — P. 55–72. PMID: 29045062.

3. Azab M., Bharadwaj S., Jayaraj M. et al. Safety of ERCP in pregnancy: systematic review and meta-analysis (27 studies, 1 307 patients) // *Saudi J. Gastroenterol.* — 2019. — Vol. 25(6). — P. 341–354. PMID: 31744939.

4. Pearl J.P., Price R.R., Tonkin A.E. et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy // *Surg. Endosc.* — 2017. — Vol. 31(10). — P. 3767–3782. PMID: 28681237.