



ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Выполнила студентка 5 курса лечебного факультета
Грицына К.А,**

Среди неакушерских 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. У 3,5—11% беременных желчнокаменная болезнь протекает бессимптомно, а камни случайно обнаруживают при УЗИ.



Холецистит у беременных может проявиться на различных сроках беременности, вплоть до родов. К обстоятельствам, которые провоцируют развитие болезни можно отнести:

- голодание или переедание;
- малоподвижность;
- ослабление иммунитета;
- наличие очагов инфекции в организме (дисбактериоз кишечника и разнообразные кишечные инфекции, гепатит и др.);
- нервно-психологические расстройства (страх, депрессия).



А так как у беременных все эти факторы нередко присутствуют, то холецистит при беременности не такое уж и редкое заболевание. И чаще всего его симптомы начинают проявляться в третьем триместре, на фоне мучительной тошноты или даже рвоты.

Беременность не влияет на клиническую картину острого холецистита.



СИМПТОМЫ ХОЛЕЦИСТИТА.

Острый холецистит при беременности наблюдается чаще, чем обычно, и проявляется в виде печеночных коликов. Симптомы острого холецистита ярко выражены.



ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ:

- резкая, давящая боль в правом подреберье, иррадирующая в спину, или опоясывающая;
- тахикардия;
- бледность, потливость;
- возможно повышение температуры, озноб, обморочное состояние;
- тошнота, рвота.



При проявлении всех этих признаков необходимо срочно вызвать врача, не занимаясь самостоятельным лечением. Правильное лечение, проведенное вовремя, поможет избежать крайних мер, с учетом того, что при беременности применение антибиотиков ограничено, как и возможность проведения операции по удалению желчного пузыря.



Хронический холецистит при беременности имеет не столь выраженный болевой синдром. Как правило, пациентки жалуются на тяжесть в правом подреберье, тупые ноющие боли. Присущи такие дискомфортные явления, как отрыжка, изжога, вздутие живота, тошнота (иногда рвота), горечь во рту. Особенно явственно они проявляются на фоне употребления жирной, жареной пищи, газированных напитков.



Диагностируют холецистит при беременности, также как и в обычных случаях. При этом:

- Производится осмотр врачом (выслушивание жалоб, пальпация живота).
- Сдаются анализы крови, мочи, кала.
- Проводится УЗИ органов желудочно-кишечного тракта.



Заболевание проявляется тошнотой, рвотой, а также острой болью в правом подреберье, которая может иррадиировать в спину. При лабораторных исследованиях обнаруживают следующие изменения.

- Повышение уровня билирубина в сыворотке (как прямого, так и непрямого).
- Повышение активности aminотрансфераз.

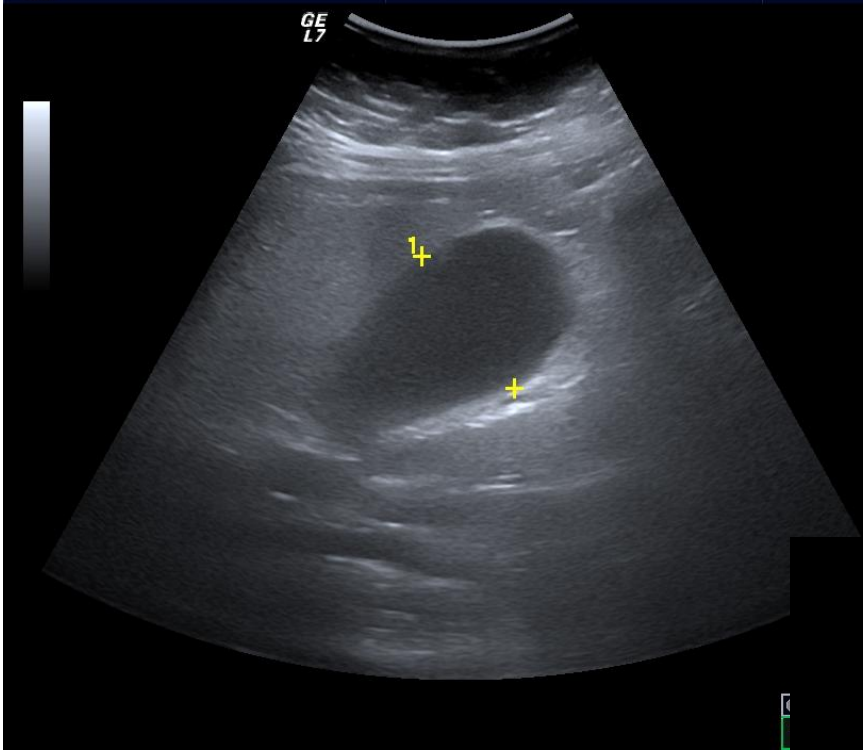


- Появление билирубина в моче (билирубинурия). Поскольку активность щелочной фосфатазы сыворотки повышается во время беременности в норме, этот показатель малоинформативен.



Для диагностики острого холецистита при беременности используют УЗИ. Признак обструкции — расширение желчных протоков. Если при УЗИ патологии не выявлено, а симптомы острого холецистита выражены, проводят холесцинтиграфию с производными иминодиуксусной кислоты (например, HIDA — 2,6-диметилиминодиуксусной кислотой). Рентгенографию для диагностики острого холецистита при беременности с использованием контрастных веществ проводят только при экранировании живота.





В CHI
0- Част. 5.5 МГц
- Gn 60
- E/A 1/2
- КартzD/0/0
- D 17.0 см
- DR 72
- FR 28 Гц
- AO 100 %

5-
-
-
-
10-
-
-
-



**мелкие
холестериновые
конкременты**

**Обострении хронического
холецистита (утолщение и
слоистость стенки до 7 мм).**

5
10

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТА

Лечение воспаления желчного пузыря назначается врачом и зависит исключительно от тяжести заболевания. Острый холецистит у беременных лечится всеми способами, вплоть до операции, если медикаментозные средства не помогают.

Беременным женщинам с хроническим холециститом назначается строгая диета, которая направлена на предупреждение застоя желчи и снятия воспаления. При этом исключаются из рациона жирная, жареная пища; копченые, консервированные продукты; тугоплавкие жиры, приправы, шоколад, кофе, крепкий чай, ограничиваются углеводы. Вместе с тем, необходимо продумать, чтобы питание было сбалансированным, и беременная получала достаточно витаминов и минералов.



Пища готовится на пару или отваривается. Само питание разделено на 5-6 приемов в день, небольшими порциями. Полезно употребление минеральной воды Боржоми, Ессентуки, в теплом виде, без газов.

Всем беременным с холециститом назначаются желчегонные препараты. Ксилит, сорбит, способствующие нормальному продвижению желчи, обладают еще и легким слабительным эффектом и помогут в борьбе с запорами. Не стоит забывать и о травяных настоях, чаях и отварах.

Боль при холецистите у беременных можно снять приемом таких препаратов, как Но-шпа, Баралгин.



Вопрос о хирургическом лечении решается индивидуально. При сохранении обструкции желчных путей или постоянно повторяющихся приступах желчной колики показана холецистэктомия. В связи с высоким риском осложнений операцию нельзя откладывать на послеродовой период.

Небеременным для растворения желчных камней назначают препараты хенодезоксихолевой и других желчных кислот. Поскольку эти вещества проникают через плаценту и, как показали экспериментальные исследования, оказывают тератогенное действие на плод, **беременным они противопоказаны.**



При неэффективности консервативной терапии и деструктивных формах острого холецистита показано оперативное лечение независимо от срока беременности. В I триместре возможна лапароскопическая холецистэктомия.

При неэффективности консервативных мероприятий у пациенток с заболеваниями желчевыводящих путей, вопрос об экстренном оперативном вмешательстве должен быть решён в течение первые 2–3 суток.



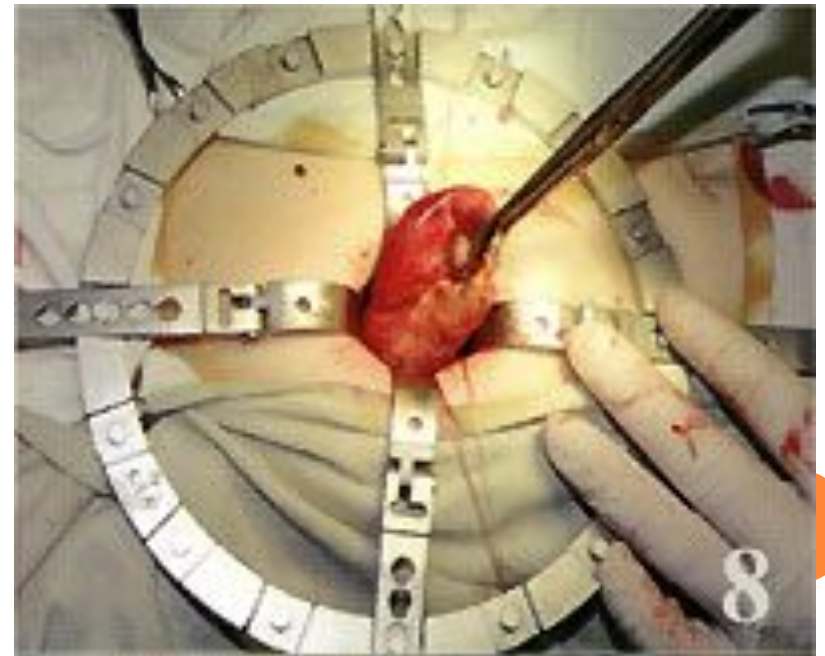
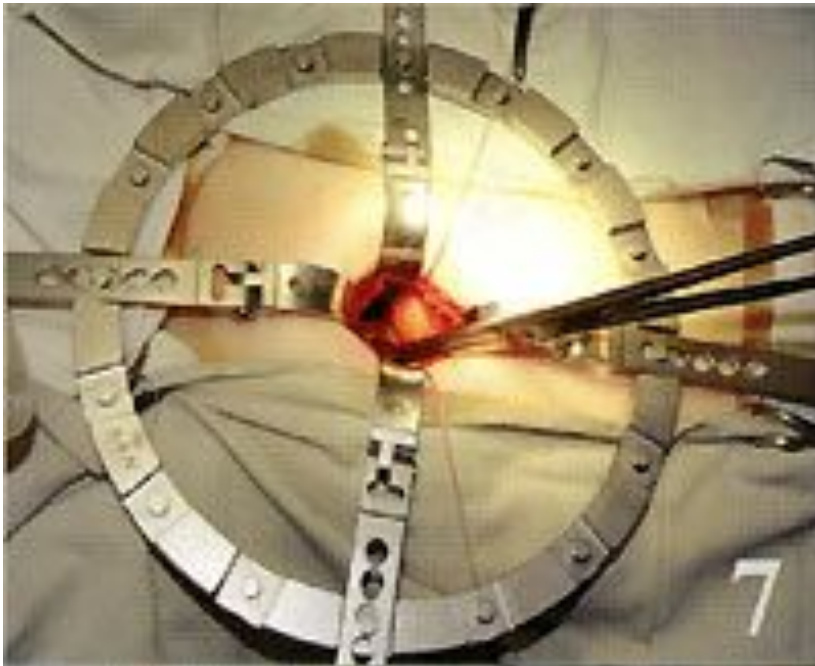
Лапароскопия представляет потенциальную опасность в связи с возможным повреждением увеличенной матки, особенно во втором и третьем триместре. Эта проблема устраняется контролируемым (микролапаротомия) введением первого троакара. Возможные отрицательные эффекты пневмоперитонеума (гипоксия, ацидоз) компенсируются гораздо менее длительным периодом гиповентиляции после операции по сравнению с открытой холецистэктомией



Холецистэктомия из мини-доступа – это практически не представляющая опасности (т.е. малотравматичная) методика открытого, полосного удаления воспаленного и большого желчного пузыря через минилапаротомический доступ. Использование МХЭ для удаления паталогически измененного желчного пузыря способствует причинению наименьшего вреда брюшной стенке, позволяет врачу полностью сконцентрироваться на визуализированном операционном разрезе, а также заниматься непосредственным и безотлагательным хирургическим лечением пациентов из группы риска (например, людей, имеющих тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы). Данный вид открытой операции отличается от классического минимальным из возможных размером разреза брюшной стенки – колеблется в среднем от 4 до 7 сантиметров против обычных 20.







После холецистэктомии многие женщины задаются вопросом благоприятного планирования и вынашивания беременности, ведь оперативное вмешательство, по их мнению, может повлиять на дальнейшее течение беременности.

Всем женщинам, которые перенесли операцию по удалению желчного пузыря, необходимо во время беременности находиться под наблюдением не только акушера-гинеколога, но и терапевта, проводя профилактические меры для предотвращения возможных осложнений.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

