УДК 618.2
DOI: https://doi.org/10.35693/AVP626990

This work is licensed under CC BY 4.0
©Authors, 2024

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

М.А. Каганова[1], Н.В. Спиридонова[1], Ю.А. Артюх[1], Н.Г. Денисова[2], С.С. Катков[2], И.В. Антропов[2], М.А. Яковлева[1]

[1]ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Российская Федерация)
[2]ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова» (Самара, Российская Федерация)

Для цитирования: Каганова М.А., Спиридонова Н.В., Артюх Ю.А., Денисова Н.Г., Катков С.С., Антропов И.В., Яковлева М.А. **Сложности дифференциальной диагностики преэклампсии и острой хирургической патологии.** *Аспирантский вестник Поволжья*. 2024;24(2):4-10. DOI: https://doi.org/10.35693/AVP626990

Сведения об авторах

Каганова М.А. – д-р мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО.
ORCID: https://orcid.org/000-0001-5879-418x E-mail: mkaganova@yandex.ru
Спиридонова Н.В. – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3390-8034 E-mail: nvspiridonova@mail.ru
Артюх Ю.А. – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3248-5810 E-mail: artyyuliya@yandex.ru
Денисова Н.Г. – канд. мед. наук, заведующая акушерским отделением №20. E-mail: denisov_a_nata@mail.ru
Катков С.С. – заведующий хирургическим отделением №7. E-mail: Sskat1982@mail.ru
Антропов И.В. – заведующий хирургическим отделением №6. E-mail: a1973iv@yandex.ru
Яковлева М.А. – ординатор кафедры акушерства и гинекологии ИПО.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0137-5045 E-mail: mariayakovleva99@mail.ru

Аннотация

Цель – определить распространенность и особенности диагностики преэклампсии и HELLP-синдрома среди пациенток, госпитализируемых в хирургические отделения с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье и/или тошноту, рвоту.

Материал и методы. Проведен анализ обращений беременных в сроке свыше 20 недель в хирургическое отделение за 2023 год и 42 случаев госпитализации беременных пациенток с подозрением на острую хирургическую патологию в хирургические отделения №6 и №7 ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова». Оценивались такие параметры, как возраст, срок беременности, жалобы на момент поступления, данные лабораторных методов исследования, состояние плода по данным УЗИ, УЗДГ, КТГ, наличие акушерской и гинекологической патологии и соматических заболеваний.

Результаты. Из исследования были исключены пациентки с острым аппендицитом (7 из 42 беременных). Из оставшихся 35 пациенток диагноз тяжелой преэклампсии, HELLP-синдрома был выставлен в 3 случаях (8,6%), в 2 случаях гестационная артериальная гипертензия или протеинурия (5,7%) – основная группа. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), острый холецистит – в 2 случаях (5,7%), в остальных случаях был выставлен диагноз острого панкреатита – 28 пациенток (80,0%). В работе приведено сравнение клинико-лабораторных параметров пациенток двух групп: с акушерской и с хирургической патологией. Также приведен клинический случай сочетания тяжелой ПЭ с развитием HELLP-синдрома на фоне ЖКБ.

Выводы. Дифференциальная диагностика между ПЭ в сочетании с HELLP-синдромом и острой хирургической патологией до сих пор остается актуальной междисциплинарной проблемой. Тяжелые формы ПЭ могут принимать маски острого панкреатита, острого холецистита и других заболеваний. По результатам нашего наблюдения, это явление встречалось у 15% пациенток, госпитализированных в хирургические отделения, и только своевременная диагностика позволяет выбрать адекватную маршрутизацию и оказать специализированную помощь при данном осложнении.

Ключевые слова: преэклампсия, HELLP-синдром, острый панкреатит, острый холецистит, осложнения беременности.

Конфликт интересов: *не заявлен.*

Список сокращений

ПЭ – преэклампсия; ЗРП – задержка роста плода; АД – артериальное давление; ЖКБ – желчнокаменная болезнь; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ТМА – тромботическая микроангиопатия.

Получено: 15.02.2024 Одобрено: 19.09.2024 Опубликовано: 11.11.2024

DIFFICULTIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA AND ACUTE SURGICAL PATHOLOGY

Mariya A. Kaganova[1], Natalya V. Spiridonova[1], Yuliya A. Artyukh[1], Natalya G. Denisova[2], Sergei S. Katkov[2], Igor V. Antropov[2], Mariya A. Yakovleva[1]

[1]Samara State Medical University (Samara, Russian Federation)
[2]Samara City Clinical Hospital № 1 named after N.I. Pirogov (Samara, Russian Federation)

Citation: Kaganova MA, Spiridonova NV, Artyukh YuA, Denisova NG, Katkov SS, Antropov IV, Yakovleva MA. **Difficulties in differential diagnosis of preeclampsia and acute surgical pathology.** *Aspirantskiy vestnik Povolzhiya*. 2024;24(2):4-10. DOI: https://doi.org/10.35693/AVP626990

Information about authors

Mariya A. Kaganova – PhD, Associate professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of Institute of Postgraduate Education.
ORCID: https://orcid.org/000-0001-5879-418x E-mail: mkaganova@yandex.ru
Natalya V. Spiridonova – PhD, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of Institute of Postgraduate Education.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3390-8034 E-mail: nvspiridonova@mail.ru
Yuliya A. Artyukh – PhD, assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of Institute of Postgraduate Education.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3248-5810 E-mail: artyyuliya@yandex.ru
Natalya G. Denisova – PhD, Head of the 20th obstetric department of City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov.
E-mail: denisov_a_nata@mail.ru
Sergei S. Katkov – Head of the 7th surgical department of City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov. E-mail: Sskat1982@mail.ru
Igor V. Antropov – Head of the 6th surgical department of City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov. E-mail: a1973iv@yandex.ru
Mariya A. Yakovleva – resident of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Postgraduate Education.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0137-5045 E-mail: mariyayakovleva99@mail.ru

Abstract

Aim – to determine the prevalence of preeclampsia and HELLP syndrome among patients hospitalized in surgical departments with complaints of pain in the epigastrium, right hypochondrium and/or nausea and vomiting.

Material and methods. An analysis was carried out of visits of pregnant women over 20 weeks to the surgical department in 2023 and 42 cases of hospitalization of pregnant patients with suspected acute surgical pathology hospitalized in surgical departments No. 6 and No. 7 of the Samara City Clinical Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov. The following parameters were assessed: age, gestational age, complaints at the time of admission, general blood and urine test data, the condition of the fetus according to ultrasound, Doppler ultrasound, CTG, presence of obstetric and gynecological pathology and somatic diseases.

Results. Patients with acute appendicitis (7 out of 42 pregnant women) were excluded from the study. Of the remaining 35 patients, the diagnosis of severe preeclampsia, HELLP syndrome was made in 3 cases (8.6%), in 2 cases, gestational hypertension or protineria (5.7%) – the main group. Cholelithiasis, acute cholecystitis – in 2 cases (5.7%), in other cases the diagnosis of acute pancreatitis was made – 28 patients (80.0%). The work provides a comparison of clinical and laboratory parameters of patients in two groups, with obstetric and surgical pathology. A clinical case of a combination of severe PE with the development of HELLP-syndrome and cholecystitis is also presented.

Conclusions. Differential diagnosis between obstetric complications such as PE and HELLP-syndrome and acute surgical pathology still remains a pressing interdisciplinary problem. Severe forms of PE can take the form of acute pancreatitis, acute cholecystitis, or other diseases. According to the results of our observation, this phenomenon occurred in 15% of patients hospitalized in surgical departments. Only timely diagnosis allows choosing adequate routing and specialized care for this complication.

Keywords: preeclampsia, HELLP-syndrome, acute pancreatitis, acute cholecystitis, pregnancy complications.

Conflict of interest: *nothing to disclose.*

Received: 15.02.2024 Accepted: 19.09.2024 Published: 11.11.2024

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на большой прорыв в диагностике и, что важнее, прогнозировании преэклампсии (ПЭ), она остается одним из самых фатальных клинических состояний, ассоциированных с беременностью, входя в группу «больших акушерских синдромов», которые в настоящий момент играют ключевую роль в формировании материнской и перинатальной смертности. Заболеваемость ПЭ, эклампсией и гипертензивными заболеваниями, осложняющими беременность, в 2020 году, по данным Американского общества акушеров-гинекологов (ACOG), составила 2–8% от всех беременных женщин, причем 10–15% всех случаев материнской смертности связаны с ПЭ или эклампсией, что составляет в мире по меньшей мере 70000 смертей в год [1].

Согласно действующим клиническим рекомендациям Российской ассоциации акушеров-гинекологов, ПЭ – осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности. Эклампсия – серия судорог, сначала тонических, а затем клонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжелой ПЭ при отсутствии других причин. HELLP-синдром (H – hemolysis (гемолиз); EL – elevated liver enzymes (повышение активности трансаминаз печени – АЛТ, АСТ); LP – low platelet count (тромбоцитопения)) в 80% случаев является осложнением тяжелой ПЭ, может сопровождаться тяжелой коагулопатией, некрозом и разрывом печени, кровоизлиянием в мозг [2]. ПЭ по течению разделяют на две степени тяжести: умеренную и тяжелую, что имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения, лечения и родовспоможения [2].

Для классической формы заболевания характерна триада симптомов: АГ, протеинурия и отеки, явные или скрытые. Однако отеки не являются обязательным диагностическим критерием ПЭ. Диагноз тяжелой ПЭ устанавливается при наличии АГ (САД 160 мм рт. ст. и выше и/или ДАД 110 мм рт. ст. и выше) в сочетании с хотя бы одним из дополнительных параметров, свидетельствующих о присоединении полиорганной недостаточности [2]: неврологическая симптоматика, диспептические расстройства, боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота, олигурия, задержка роста плода (ЗРП), антенатальная гибель плода, отек легких или цианоз, генерализованные отеки, повышение АЛТ и АСТ выше нормы, тромбоцитопения ниже 50 000/мкл, гемолиз, повышение уровня креатинина выше 90 мкмоль/л, развитие HELLP-синдрома. При этом частота встречаемости осложнений со стороны плода (ЗРП, антенатальная гибель, респираторный дистресс-синдром) зависит от того, ранняя или поздняя ПЭ развилась у пациентки [3].

Распространенность дополнительных критериев диагностики тяжелой ПЭ варьирует в широком диапазоне

по данным различных авторов. Группой ведущих российских акушеров-гинекологов была проанализирована частота встречаемости отеков у пациенток с эклампсией. Анасарка встречалась у 43,1%, умеренные отеки – у 7,8%, отеки голеней – у 7,8%, патологическая прибавка массы тела – у 3,9% [4]. Головная боль встречается с частотой от 41% [4] до 50–70% [5], тошнота, рвота, боли в эпигастрии – от 12–19% [6] до 23,5% [4], нарушения зрения – с частотой от 11,8 [4] до 19–30% [5]. Отдельно выделяют синдром задней обратимой энцефалопатии (PRES-синдром) – обратимое поражение головного мозга, в основе которого лежит отек, сопровождающийся острыми неврологическими симптомами, такими как судороги, нарушение сознание и нарушение зрения. Визуализирующие методы исследования обычно демонстрируют двусторонний вазогенный отек преимущественно в теменно-затылочных областях [7].

Однако в последнее время появляется все больше публикаций, в которых говорится о полноправности диагноза ПЭ без протеинурии, включая зарубежные рекомендации акушеров-гинекологов [8]. Несмотря на господствующее мнение о том, что ПЭ манифестирует с артериальной гипертензии и протеинурии, а во многих случаях и с отеков, ее клиническая картина может быть атипичной, особенно на начальных этапах [9]. Важно отметить, что помимо классических симптомов поражения сердечно-сосудистой системы, ЦНС и почек, пациентки с ПЭ часто испытывают симптомы тошноты и рвоты, более серьезные осложнения включают поражение печени и реже – поджелудочной железы [9].

HELLP-синдром является потенциально смертельным осложнением ПЭ (тяжелая коагулопатия, некроз и разрыв печени, внутримозговая гематома). Также отдельно выделяют ELLP-синдром при отсутствии гемолитической анемии. Клиническая картина HELLP-синдрома вариабельна и включает следующие симптомы: боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота, тошнота или рвота, головная боль, чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота и другие классические критерии диагноза тяжелой ПЭ [2]. Так как симптомы HELLP-синдрома неспецифичны, важно проводить дифференциальную диагностику как с тромботическими микроангиопатиями (ТМА), ассоциированными с беременностью, острой жировой дистрофией печени, так и с острой хирургической патологий: гепатит, холангит, панкреатит, холецистит, гастрит и язва желудка [2, 10].

Тяжелые формы ПЭ и HELLP-синдрома на данный момент рассматривают в рамках определения группы ТМА. К этой группе помимо данных нозологий входят тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром, катастрофический антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка, острая жировая дистрофия печени, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Все эти состояния имеют одинаковые последствия – диссеминированное отложение микротромбов в сосудах микроциркуляторного русла, но разный этиопатогенез. Важно отметить, что эта группа заболеваний проявляется классическими критериями не всегда, и зачастую пациенток в начале заболевания беспокоят такие неспецифические жалобы, как абдоминальные и неврологические симптомы. Так, около 15% женщин с HELLP-синдромом не имеют типичных признаков ПЭ – протеинурии и гипертензии. Первые симптомы включают головную боль, утомление, недомогание, тошноту, рвоту и боли в животе [11].

Помимо неспецифичности симптомов значительно затрудняет диагностику тяжелых форм ПЭ и тот факт, что они могут имитировать острую хирургическую патологию. Например, предвестником эклампсии является симптом Ольсхаузена – опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга, что может быть принято за острый панкреатит, и боли в эпигастрии и правом подреберье, что без анамнеза гипертонии и протеинурии скорее всего будет принято за острый холецистит [12].

В чем же заключаются спорные моменты диагностики тяжелых форм ПЭ? Рекомендации ACOG на данный момент не выделяют протеинурию как обязательный диагностический критерий ПЭ [13]. Характерная для HELLP-синдрома боль в правом верхнем квадранте или эпигастрии, обусловленная перипортальным и очаговым паренхиматозным некрозом, отеком печеночных клеток или капсулы Глиссона, не всегда коррелирует с ожидаемым изменением лабораторных показателей крови. HELLP-синдром может иметь атипичное начало, при этом у 15% пациенток отсутствует либо гипертензия, либо протеинурия. Таким образом, при HELLP-синдроме основными симптомами являются боль в правом подреберье, общее недомогание (90% случаев), тошнота и рвота (50% случаев) [13].

Парадоксально, но до 10– 15% случаев эклампсии может не сопровождаться артериальной гипертензией, по крайней мере на начальных этапах [14, 15]. Несмотря на небольшую частоту встречаемости таких пациенток, данный факт значительно затрудняет диагностику, влечет за собой постановку неверного диагноза, госпитализацию в непрофильное отделение и неверное лечение, что опасно фатальными осложнениями для матери и плода, а также отдаленными неблагоприятными рисками для женщины.

В связи с вышеуказанными положениями нельзя отрицать, что установление верного диагноза ПЭ и HELLP-синдрома в максимально ранние сроки до сих пор представляет сложности для специалистов, так как имеет маски, имитирующие другие клинические состояния, в частности, хирургическую патологию.

ЦЕЛЬ

Определить распространенность ПЭ и HELLP-синдрома среди пациенток, госпитализируемых в хирургические отделения с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье и/или тошноту, рвоту и особенности дифференциальной диагностики. В публикации представлен случай акушерской патологии, протекающей под маской хирургической.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами был проведен анализ обращений беременных в сроке свыше 20 недель в хирургическое отделение за 2023 год и 42 случаев госпитализации беременных пациенток

с подозрением на острую хирургическую патологию в хирургические отделения №6 и №7 ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова». Критериями включения служило наличие беременности в сроке 20 недель и выше и наличие жалоб на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту.

За изучаемый период было зарегистрировано 42 обращения, соответствующих критериям включения. Из исследования были исключены пациентки с острым аппендицитом (7 из 42 беременных). Из оставшихся 35 пациенток диагноз тяжелой ПЭ, HELLP-синдрома был выставлен в 3 случаях (8,6%); в 2 случаях – гестационная артериальная гипертензия или протеинурия (5,7%) – основная группа; ЖКБ, острый холецистит – в 2 случаях (5,7%); в остальных случаях был выставлен диагноз острого панкреатита – 28 пациенток (80,0%). Пациентки с хирургической патологией (n=30) составили группу сравнения.

Оценивались такие параметры как возраст, срок беременности, жалобы на момент поступления, данные общего анализа крови, мочи, биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, общий белок, креатинин, мочевина, общий билирубин, ЛДГ, амилаза, СРБ), наличие белка в моче, состояние системы гемостаза, состояние плода по данным УЗИ, УЗДГ, КТГ, наличие акушерской и гинекологической патологии и соматических заболеваний.

Статистическая обработка проводилась с помощью программ STATISTICA 8.0 и Microsoft Excel, применялись методы непараметрической статистики. Для определения нормальности распределения количественных переменных использовали тест Шапиро – Уилка. Данные имели распределение, отличное от нормального, и представлены в виде медианы (Me), нижнего (Q1) и верхнего (Q3) квартилей. Качественные признаки представлены как абсолютное значение (n) и доля (%). Для сравнения количественных данных применен критерий Манна – Уитни, для качественных переменных – двусторонний точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при p <0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным литературы, развитие тяжелой ПЭ происходит у беременных в более молодом возрасте [16], чего нельзя сказать о хирургической патологии [17]. В нашем исследовании у пациенток с хирургической патологией медиана возраста составила 28,0 (22,0; 30,0) года. Возраст пациенток с акушерской патологией был 29,0 (29,0; 32,0) года (Z=-1,22; p=0,22). Отсутствие возрастных различий связано со значимым «омоложением» хирургической патологии в современном обществе [17].

Медиана срока гестации в основной группе составила 34 (30, 36) недели, одна беременная была со сроком 23 недели, оставшиеся четыре в диапазоне 28,0–36,6 недель, с доношенной беременностью пациенток в нашем обзоре не было. Однако это ни в коем случае не исключает развития ПЭ и HELLP-синдрома при доношенной беременности. В группе сравнения медиана гестации равнялась 30 (25; 34) неделям (Z=-0,87; p=0,38). Хирургические заболевания одинаково часто встречались в 20–28 недель 14/30 (46,7%), реже всего при доношенной беременности 3/30 пациенток (10,0%).

Согласно критериям включения, все пациентки были доставлены первоначально к хирургу с жалобами на боль в эпигастрии и/или тошноту, рвоту. Особенности клинической картины в группах представлены **в таблице 1**.

Опираясь только на клиническую картину, провести дифференциальную диагностику очень трудно, поскольку набор симптомов в обеих группах практически не различался. Для пациенток основной группы в нашем исследовании были не характерны жидкий стул и тянущие боли внизу живота, однако не стоит забывать о том, что при обеих нозологиях в качестве сопутствующего симптома угрожающих преждевременных родов могут наблюдаться тянущие боли внизу живота. Повышение АД наблюдалось на момент поступления только у 2 пациенток с акушерской патологией: 156//100 и 145/90 мм рт. ст. В основной группе беременных женщин медиана АД составила 120/80 мм рт. ст. (Q1 120/80; Q3 145/80 мм рт. ст.), в группе беременных с хирургической патологией медиана АД 110/70 мм рт. ст. (Q1 110/70 Q3 120/80 мм рт. ст.; $Z_{АДсист}$=-2,73; p=0,006; $Z_{АДдиаст}$=-2,07; p=0,038), только у одной пациентки АД составило 130/90 мм рт. ст.

Ультразвуковая диагностика не дала статистически значимых различий в визуализации патологических признаков в брюшной полости у пациенток обеих групп. Нормальная УЗ-картина наблюдалась у 2 из 5 пациенток при акушерской патологии и у 13 из 30 пациенток при хирургической патологии, диффузные изменения поджелудочной железы – у 2 из 5 и у 12 из 30, признаки ЖКБ (наличие конкрементов в желчном пузыре) – у 1 из 5 и у 10 из 30 соответственно (p=0,64). Диффузные изменения печени и незначительное количество свободной жидкости наблюдалось только у пациенток с акушерской патологией, что свидетельствовало в нашем случае в пользу тяжелого течения ПЭ.

Клинически значимая протеинурия встречалась у всех пациенток с акушерской патологией – Me 1,0 (0,33;2,17), тогда как в группе сравнения только у 3 пациенток

Таблица 1 / Table 1

Особенности клинической картины в группах
Peculiarities of the clinical picture in groups

Симптомы	Основная группа (n=5)		Группа сравнения (n=30)		P*
	Абс.	%	Абс.	%	
Общая слабость	1	20,0	4	13,3	1,0
Тошнота, рвота	4	80,0	17	56,7	0,62
Многократная рвота (свыше 3 раз)	0	0	6	20,0	0,56
Жидкий стул	0	0	4	13,3	0,56
Головная боль	1	20,0	1	3,3	0,27
Боли в эпигастрии	5	100	21	70,0	0,29
Боли в нижних отделах	0	0	7	23,3	0,56
Боли в правом подреберье	1	20,0	5	16,7	1,0

** – критерий Хи2 с поправкой Йейтса.*

Таблица 2 / Table 2

Изменения в общем анализе и биохимическом анализе крови в группах

Changes in general analysis and biochemical blood analysis in groups

Параметр	Основная группа (n=5)		Группа сравнения (n=30)		P*
	Me	Q1;Q3	Me	Q1;Q3	
Гемоглобин, г/л	130,5	110,5-142,5	115,5	103,0-122,0	0,18
Эритроциты, 10^9/л	3,8	2,4-4,5	3,9	3,7-4,1	0,87
Лейкоциты, 10^9/л	12,7	7,9-18,3	14,3	10,6-17,0	0,77
Тромбоциты, 10^9/л	85,0	40,0- 144,0	272,5	229,0-340,0	0,08
Общий белок, г/л	62,5	62,5-65,4	62,2	59,9-66,3	0,84
Билирубин, мкмоль/л	11,5	10,3-15,44	7,3	4,9-13,8	0,33
Мочевина, мкмоль/л	5,0	4,3-5,2	2,8	2,2-3,4	0,01
Креатинин, мкмоль/л	51,1	49,7-71,3	45,1	38,2-56,1	0,11
Амилаза, ЕД/л	49,0	29,0-1925,0	49,0	39,5-69,5	0,92
ЛДГ, ЕД/л	669,3	608,7-1007,1	404,1	296,5-456,2	0,009
АЛАТ, ЕД/л	30,8	25,6-108,7	15,6	9,2-35,1	0,069
АСАТ, ЕД/л	40,2	25,2-141,0	18,2	14,-36,4	0,084
СРБ, мг/л	12,4	8,8-39,2	3,2	1,6-9,7	0,049

** – критерий* Манна – Уитни.

наблюдалась протеинурия – Me 0,0 (0,0;0,10; p=0,020). Наличие протеинурии является значимым дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим на этапе приемного отделения заподозрить потенциально опасных пациенток в плане диагностики ПЭ. Также помощью в диагностическом поиске являются лабораторные исследования (**таблица 2**). Снижение уровня тромбоцитов, повышение активности печеночных ферментов являются общеизвестными маркерами тяжелого течения преэклампсии, развития HELLP-синдрома. Так, в двух случаях основной группы у пациенток с гестационной артериальной гипертензией не наблюдалось изменения данных показателей, что повлияло на отсутствие значимых статистических различий в основной группе и группе сравнения. Однако уровень ЛДГ, СРБ и мочевины были во всех случаях выше в основной группе, что позволяет интерпретировать их как ранние неспецифические маркеры гибели клеток и эндотелиальной дисфункции при развитии гипертензивных расстройств, связанных с беременностью [18]. В целом тромбоцитопения не характерна для острой хирургической патологии, что подтверждает наша работа. Так, при повторном исследовании уровня тромбоцитов наблюдалось их снижение практически вдвое в основной группе: 89,6 (40,0;144,0) по сравнению с группой сравнения: 256,0 (164,0;310,0), где у части пациенток даже наблюдалась тенденция к повышению тромбоцитов (Z=2,36; p=0,018). Осложняет дифференциальную диагностику то, что при тяжелых формах острого панкреатита часто наблюдается повышение уровня печеночных ферментов и СРБ, но основным диагностическим маркером, согласно данным литературы, является повышение амилазы, которое мы наблюдали в 4 из 30 (13,3%) случаев группы сравнения, уровень амилазы, как правило, коррелирует с тяжестью поражения поджелудочной железы. В случае обострения хронического панкреатита дела обстоят еще сложнее, поскольку уровень печеночных ферментов и амилаза у них изменяются незначительно, что имело место в остальных случаях у пациенток с хирургической патологией. Для акушерской патологии высокий уровень амилазы и липазы не характерны.

В качестве иллюстрации мы хотим представить наиболее показательный клинический случай, в котором акушерская патология протекала под маской обострения хронического калькулезного холецистита, что значимо затрудняло дифференциальную диагностику.

Пациентка С., 29 лет, беременность III, 36 недель была доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту, рвоту, общую слабость, АД 150/90 мм рт. ст. Повышение АД отмечено впервые. Сопутствующие заболевания: ЖКБ, ожирение 1 ст. Первая беременность в 2014 году закончилась срочными самопроизвольными родами, послеродовый период осложнился метроэндометритом. Вторая беременность – в 2017 году медицинский аборт до 12 недель. Данная беременность протекала без осложнений, за исключением анемии легкой степени (гемоглобин 95 г/л), по поводу чего получала пероральные препараты железа. При осмотре хирургом живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье, положительный симптом Ортнера, симптом Мерфи, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Протокол УЗИ: печень имеет ровные контуры, нижний край на уровне реберной дуги, толщина левой доли – 45,0 мм; вертикальный косой размер правой доли 123,0 мм. Паренхима железы однородная с мелкозернистой структурой, воротная вена 12 мм, селезенка однородной структуры, толщина 42 мм, длина 11 мм, желчный пузырь длиной 40 мм, шириной 32 мм, стенки утолщены до 10 мм, слоистые, содержимое – подвижные конкременты до 5-6 мм, поджелудочная железа – структура диффузно изменена, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Сердцебиение плода 145 ударов в минуту, движения активные, воды – норма, тонус – повышен (2 степени), длина шейки матки 47 мм, признаков отслойки нет. На этапе приемного отделения выставлен диагноз: ЖКБ, острый калькулезный холецистит, хронический панкреатит. Беременность 36 недель.

Были проведены ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмма. ОАМ: протеинурия 2,65 г/л, ацетон+, лейкоциты 25-30, эритроциты 11-16, эпителий в большом количестве, цилиндры 6-7, небольшое количество бактерий, амилаза 560 ед/л. ОАК: эритроциты, 4,1 х 10^12/л, гемоглобин 119 г/л, лейкоциты 5,6 х 10^9/л, тромбоциты 97 х 10^9/л, по Фонео 110^9/л. Биохимический анализ крови: АЛТ 108,7 ед/л, АСТ 232,8 ед/л, общий белок 62,5 г/л, альбумин 34,7 г/л, креатинин 78,5 мкмоль/л, мочевина 5,2 ммоль/л, билирубин общий 52,5 мкмоль/л, билирубин прямой 23,4 мкмоль/л, ЛДГ 1294,2 Ед/л, амилаза 29 ед/л, СРБ

7,5 мг/л, глюкоза 4,7 ммоль/л. Показатели коагулограммы: фибриноген 6,2 г/л, МНО 1,02, ПТИ 115%, АЧТВ 32 с.

После осмотра акушером-гинекологом был выставлен диагноз: беременность 36 недель. Поздняя тяжелая ПЭ. HELLP-синдром. Пациентка госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии, начата антигипертензивная и противосудорожная терапия.

После стабилизации состояния и АД пациентка подготовлена на родоразрешение. Спустя 4 часа от момента поступления проведена нижне-срединная лапаротомия, кесарево сечение, с участием хирурга с целью ревизии органов брюшной полости и решением вопроса о необходимости холецистэктомии. Во время кесарева сечения был извлечен ребенок мужского пола весом 2830 г, ростом 51 см, оценка по шкале Апгар через 1 минуту 4 балла, через 5 минут – 6 баллов. Новорожденному поставлен диагноз: гипоксически-ишемическая энцефалопатия, острый период. Асфиксия средней степени тяжести в родах. Интраоперационно данных за острый холецистит не получено (холедох не расширен, стенка желчного пузыря незначительно отечна, инъекция сосудов не отмечается), однако по нижнему краю печени наблюдались множественные петехиальные кровоизлияния, из особенностей операции также необходимо отметить повышенную кровоточивость тканей, несмотря на нормальные показатели коагулограммы. С учетом интраоперационной картины (отсутствие острого холецистита) от холецистэктомии было решено воздержаться, с целью профилактики послеродового кровотечения выполнено внутривенное введение транексамовой кислоты, карбетоцина. Послеоперационный период протекал без осложнений, клинических проявлений обострения ЖКБ не наблюдалось, что свидетельствует о правильно выбранной тактике и объеме оперативного вмешательства.

Данный клинический случай ярко демонстрирует сложности дифференциальной диагностики острых хирургических состояний и тяжелых осложнений беременности, необходимость выработки алгоритма действий при поступлении беременной пациентки с подозрением на острую хирургическую патологию и определение наиболее диагностически значимых клинико-лабораторно-инструментальных параметров для своевременной госпитализации пациенток в профильное учреждение.

ВЫВОДЫ

Исходя из многочисленных литературных данных и результатов нашей работы, можно с уверенностью утверждать, что дифференциальная диагностика между такими акушерскими осложнениями, как ПЭ и HELLP-синдром, и острой хирургической патологией до сих пор остается актуальной междисциплинарной проблемой. Тяжелые формы ПЭ могут принимать маски острого панкреатита, острого холецистита или обострения хронических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По результатам нашего наблюдения, это явление встречалось у 15% пациенток, госпитализированных в хирургические отделения. Поэтому необходимо сформулировать решающие факторы диагностики, которые бы позволили наиболее эффективно дифференцировать между собой акушерские осложнения и их маски – хирургические заболевания.

Опираясь на результаты нашей работы, можно сделать следующие выводы.

1. Клиническая картина крайне неспецифична и зачастую уводит диагностический поиск в сторону заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, что приводит к неадекватной маршрутизации и терапии пациенток с ПЭ и HELLP-синдромом; акцент необходимо делать на контроле АД.

2. Ультразвуковая диагностика органов брюшной полости не имеет решающего значения для дифференциального диагноза акушерской и хирургической патологии, однако наличие признаков страданий плода в большей степени настораживает в плане акушерской патологии.

3. Диагностическую значимость несут такие лабораторные показатели, как протеинурия в общем анализе мочи, низкий уровень тромбоцитов или их снижение в динамике, повышение ЛДГ, в биохимическом анализе крови.

Протеинурия может сопровождать острую хирургическую патологию, но обычно это невысокие цифры. Клинически значимая протеинурия в сочетании с гипертензией свидетельствует в пользу диагноза ПЭ. Все беременные пациентки с характерными жалобами (тошнота, рвота, боли в эпигастрии) и сроком беременности свыше 20 недель должны вызывать настороженность у хирургов и требуют обязательного привлечения в консилиум акушера-гинеколога.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1492-1495. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003892
2. *Clinical recommendations. Preeclampsia. Eclampsia. Edema, proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period.* 2021. (In Russ.) [*Клинические рекомендации. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.* 2021].
3. Khodzhaeva ZS, Kogan EA, Klimenchenko NI, et al. Clinical and pathogenetic features of early and late preeclampsia. *Obstetrics and gynecology.* 2015;1. (In Russ.). [Ходжаева З.С., Коган Е.А., Клименченко Н.И., и др. Клинико-патогенетические особенности ранней и поздней преэклампсии. *Акушерство и гинекология.* 2015;1].
URL: https://aig-journal.ru/articles/Kliniko-patogeneticheskie-osobennosti-rannei-i-pozdnei-preeklampsii.html
4. Savelyeva GM, Krasnopolsky VI, Strizhakov AN, et al. To what classification of gestosis (preeclampsia) should adhere a doctor in daily work? *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2013;62(1):5-9. [Савельева Г.М., Краснопольский В.И., Стрижаков А.Н., и др. Какой классификации гестозов (преэклампсии) должен придерживаться врач в повседневной работе? *Журнал акушерства и женских болезней.* 2013;62(1):5-9]. DOI: https://doi.org/10.17816/JOWD6215-9
5. Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United King dom. *Br Med J.* 1994;309:1395-1400. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.309.6966.1395

6. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9:8. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-8
7. Mayama M, Uno K, Tano S, et al. Incidence of posterior reversible encephalopathy syndrome in eclamptic and patients with preeclampsia with neurologic symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016;215(2):239.e1-239.e5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.039
8. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122(05):1122-1131. DOI: https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
9. Kai-Jung Chang, Kok-Min Seow, Kuo-Hu Chen. Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):2994. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20042994
10. Dusse LM, Alpoim PN, Silva JT, et al. Revisiting HELLP syndrome. *Clinica Chimica Acta.* 2015;451:117-120. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cca.2015.10.024
11. Makatsaria AD. *Thrombotic microangiopathies in obstetric practice.* M., 2017. (In Russ.). [Макацария А.Д. *Тромботические микроангиопатии в акушерской практике.* М., 2017].
12. Bykov AS, Martirosyan S, Ababkov SG, et al. Tactics for managing patients with eclampsia: what can we do today? *Status praesens. Gynecology, obstetrics, infertile marriage.* 2021;(81):45-51. (In Russ.). [Быков А.С., Мартиросян С.В., Абабков С.Г., и др. Тактика ведения пациенток с эклампсией: что мы можем сегодня? *Status praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* 2021;5(81):45-51]. URL: https://praesens.ru/files/2021/magazine/SP81_demo.pdf
13. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237-e260. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891
14. Erez O, Romero R, Jung E, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S786-S803. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.001
15. Vollaard E, Zeeman G, Alexander JA, et al. "Delta eclampsia" – a hypertensive encephalopathy of pregnancy in "normotensive" women. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:S140. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.10.552
16. Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S1237-S1253. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.037
17. Feleshtynskyi IP, Pavliv TP. Algorithm for acute pancreatitis diagnostics and treatment in pregnant women. *Journal of Education, Health and Sport.* 2023;42(1):130-139. DOI: http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.42.01.012
18. 18. Raio L, Bersinger NA, Malek A, et al. Ultra-high sensitive C-reactive protein during normal pregnancy and in preeclampsia: a pilot study. *J Hypertens.* 2019;37(5):1012-1017. DOI: https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002003

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ADDITIONAL INFORMATION
Источник финансирования. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.	***Study funding.*** The study was conducted without sponsorship.
Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.	***Conflict of Interest.*** The authors declare that there are no obvious or potential conflicts of interest associated with the content of this article.
Участие авторов. Каганова М.А., Спиридонова Н.В., Артюх Ю.А. – концепция и дизайн исследования. Яковлева М.А., Каганова М.А. – написание текста. Артюх Ю.А., Денисова Н.Г., Катков С.С., Антропов И.В., Яковлева М.А. – сбор и обработка материала. Каганова М.А., Спиридонова Н.В. – редактирование. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.	***Contribution of individual authors.*** Kaganova M.A., Spiridonova N.V., Artyukh Yu.A. – concept and design of the study. Yakovleva M.A., Kaganova M.A. – writing of the text. Artyukh Yu.A., Denisova N.G., Katkov S.S., Antropov I.V., Yakovleva M.A. – collection and processing of material. Kaganova M.A., Spiridonova N.V. – editing. All authors gave their final approval of the manuscript for submission, and agreed to be accountable for all aspects of the work, implying proper study and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the work.
Автор для переписки ***Каганова Мария Александровна*** *Адрес:* Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, 89, г. Самара, Россия, 443099. *E-mail:* mkaganova@yandex.ru	*Corresponding Author* ***Mariya A. Kaganova*** *Address:* Samara State Medical University, 89 Chapaevskaya st., Samara, Russia, 443099. *E-mail:* mkaganova@yandex.ru