

В. И. Мамчи́ч¹, О. В. Голяновский¹, И. В. Кандаурова²,
Т. Ю. Пилипенко², М. А. Йосипенко¹, Ю. О. Литвинец³

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

² КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница»

³ Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Цель работы — улучшить диагностику и оптимизировать лечебную тактику при остром панкреатите (ОП) у беременных.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 16 беременных женщин с ОП. У 10 беременных выявлен ОП легкой степени, у 3 — средней, у 3 — тяжелой степени. У 13 из 16 беременных комплексная консервативная терапия оказалась эффективной. У 3 больных на 38-й неделе беременности прибегли к кесареву сечению. Одна больная умерла.

Результаты и обсуждение. У всех 16 беременных с ОП характер болевого синдрома и повышение уровня амилазы и липазы в моче и в крови были достаточными для верификации диагноза. В I триместре беременности ОП выявлен у 3, во II триместре — у 4, в III триместре — у 9 пациенток (в том числе у трех с тяжелой формой ОП).

Выводы. Острый панкреатит — относительно редкое, но опасное заболевание у беременных как для матери, так и для плода. УЗИ — наиболее ценное исследование, за исключением III триместра беременности. Медикаментозную терапию беременных и рожениц следует проводить с учетом принципа максимальной безопасности для беременной и плода. Хирургическое лечение беременных и рожениц проводят при тяжелых формах острого панкреатита с образованием экссудата в брюшной полости, вторичном присоединении инфекции, секвестрации поджелудочной железы.

■

Ключевые слова: беременность, острый панкреатит, диагностика, лечебная тактика.

Острый панкреатит (ОП) — относительно редкое, но опасное заболевание у беременных как для матери, так и для плода. У беременных ОП мы рассматриваем не как третье по частоте заболевание органов брюшной полости, а как первое среди острых заболеваний забрюшинно расположенных органов.

Частота ОП варьирует от 4,9 до 73,4 случая на 100 тыс. населения. Чаще встречается в экономически развитых странах. В Украине его распространенность составляет 67 случаев на 100 тыс. населения [5, 11, 12].

Частота панкреатита среди беременных составляет примерно 1—3 случая на 10 000 беременных, но может привести к тяжелым последствиям: материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [2].

В последние десятилетия отмечен рост распространенности ОП у беременных в связи с увеличением их возраста и популярности экстракорпорального оплодотворения у женщин старше 40 лет [2].

Сложность лечения ОП у беременных связана с ограничениями в приемлемых методах лечения и затрудненной диагностикой заболевания. Эти факторы определяют высокий уровень материнской (3,9%) и перинатальной смертности (3,8%). Среди небеременных женщин с ОП уровень смертности приближается к 0,6%. Течение заболевания более тяжелое, связанное с механическими нарушениями для оттока панкреатического сока и изменениями гормонального фона при беременности [2].

Цель работы — улучшить диагностику и оптимизировать лечебную тактику при остром панкреатите у беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Киевской областной клинической больнице в период с 2006 по 2014 гг. пролечено 768 больных ОП, из них 254 (33,1%) женщины. У 16 (6,3%) женщин ОП диагностирован в сроки беременности от 16 до 38 нед. У 10 беременных выявлена

легкая степень, у трех — средняя, еще у трех — тяжелая степень ОП (таблица).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре ОП доминируют алкогольная и билиарная формы заболевания в зависимости от особенностей питания и употребления слабых и крепких алкогольных напитков в разных регионах Европы и США.

У 16 обследованных нами беременных с ОП эти факторы не отмечены. В нашем исследовании преобладали токсико-аллергические факторы (полипрагмазия), механические (повышенное внутрибрюшное давление, препятствующие оттоку желчи и способствующие повышению давления в панкреатическом протоке).

Острый панкреатит диагностируют при обнаружении не менее чем двух из трех перечисленных ниже признаков [10, 12].

1) характерная для острого панкреатита абдоминальная боль;

2) повышение уровня сывороточной липазы или сывороточной амилазы в 3 раза по отношению к верхней границе нормы;

3) обнаружение характерных признаков при ультразвуковом исследовании (УЗИ), компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии с контрастным усилением.

Временем начала заболевания считается момент появления типичной абдоминальной боли. Заболевание ОП у всех беременных проявлялось интенсивной некупируемой спазмолитиками болью в эпигастриальной и околопупочной области, часто с иррадиацией в спину. Сопровождалось тошнотой, неукротимой рвотой, обезвоживанием, повышением температуры тела, желтушностью кожных покровов и склер (при локализации заболевания преимущественно в головке поджелудочной железы). Иногда отмечались неврологические симптомы, головная боль, спутанность сознания. Дифференциальная диагностика затруднена на ранних сроках беремен-

ности вследствие возможного развития раннего гестоза. Боль в эпигастрии — характерный симптом при осложнениях язвенной болезни, холецистите, желчекаменной болезни, ущемленной диафрагмальной грыже. Поэтому фиброгастроскопия с осмотром большого дуоденального сосочка введена обязательным методом в протокол диагностики ОП.

Неустранимый ферментативный шок — основная причина ранней смерти у больных ОП в ферментативной фазе заболевания (до 5—7-х суток) с формированием панкреонекроза с эндотоксикозом и полиорганной недостаточностью. По данным Н. Vegeer (2008), у 15—20% уровни сывороточной липазы или сывороточной амилазы при ОП могут быть не изменены. Более специфическим для скрининга ОП считается уровень трипсиногена-2 в моче, увеличивающийся с ранних стадий до 1—2-й недели заболевания [8].

Лучевые методы диагностики всегда считали эффективными для определения морфологических критериев тяжести заболевания поджелудочной железы при ОП.

КТ нежелательно из-за облучения матери и плода, особенно до завершения органогенеза плода. МРТ в I триместре беременности опасно из-за нагревания околоплодных вод. Во II—III триместрах проводят по строгим показаниям. Наиболее безопасным, ценным и широко используемым методом диагностики у беременных является УЗИ брюшной полости. При остром панкреатите поджелудочная железа обычно увеличена в размерах, чаще пропорционально степени выраженности отека. Эхогенность железы в фазе отека снижается. При диффузном поражении неоднородность структуры железы выявляют во всех отделах. Расширение панкреатического протока чаще всего возникает при значительном отеке головки, приводящем к сдавлению его выводной части. Но этот метод утрачивает ценность в III триместре из-за наложения беременной матки на проекцию поджелудочной железы (рисунок).

Т а б л и ц а
Острый панкреатит по клинической картине и степени тяжести у исследованных беременных женщин (согласно международной классификации Атланта-92 третьего пересмотра, 2012)

Степень	Клиническая картина	Количество беременных (n = 16)
Легкая	<ul style="list-style-type: none"> • Без органной недостаточности • Без локальных или системных осложнений 	10
Средняя	<ul style="list-style-type: none"> • Транзиторная органная недостаточность (в одной или более систем из трех, сохраняется не более 48 ч) • И/или локальные или системные осложнения острого панкреатита без персистирующей органной недостаточности 	3
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> • Персистирующая органная недостаточность (в одной или более систем из трех, сохраняется более 48 ч) • Смерть в ранний период • И/или локальные или системные осложнения острого панкреатита 	3

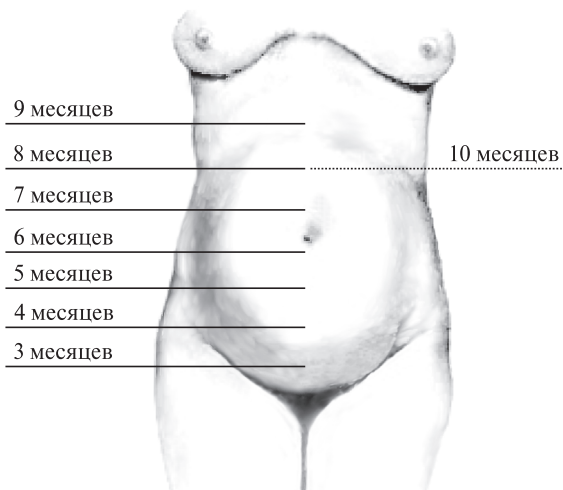


Рисунок. Расположение плода в полости матки по срокам беременности

У всех 16 беременных с ОП характер болевого синдрома и повышение уровня амилазы и липазы в моче и в крови были достаточными для верификации диагноза.

В I триместре беременности ОП выявлен у 3, во II триместре — у 4, в III триместре — у 9 пациенток (в том числе у трех с тяжелой формой ОП).

Сложность лечения ОП у беременных связана с ограничениями в приемлемых методах. Лечение необходимо начать как можно раньше с использованием консервативных методов интенсивной терапии: голод; зондирование и аспирация желудочного содержимого; местная гипотермия (холод на живот); анальгетики; спазмолитики; инфузионная терапия в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24—48 часов, ингибиторы панкреатической секреции («Сандостатин»), H_2 -блокаторы, ингибиторы протонной помпы.

В комплексной терапии ОП для лечения болевого синдрома последовательно назначают парацетамол, при его неэффективности — трамадол, при выраженном болевом синдроме — сильнодействующие опиоиды [1, 6, 7, 9, 11]. При тяжелом течении ОП прибегают к эпидуральной анестезии [1, 3].

Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок — первые трое суток заболевания). Применение антибиотиков с профилактической целью в первые трое суток заболевания не является обязательным.

Хирургическое лечение беременных с ОП значительно увеличивает риск осложнений и количество летальных исходов.

Малоинвазивные и лапароскопические вмешательства показаны пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости; при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости. Задачи лапароскопической операции могут

быть диагностическими, прогностическими и лечебными. Возможно выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза. Задачи лапароскопической операции: подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии — мезентериального тромбоза и др.). К признакам ОП относятся: наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки; наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2—3 раза превышающей активность амилазы крови); наличие стеатонекрозов. Лечебные задачи: удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости.

Искусственное прерывание беременности в I и II триместре не улучшает результатов лечения. В III триместре при отсутствии акушерских и хирургических показаний отдают предпочтение родам через естественные пути, при акушерских и хирургических осложнениях — кесареву сечению с последующим вмешательством хирурга на поджелудочной железе.

У 13 из 16 беременных комплексная консервативная терапия оказалась эффективной. У трех больных на 38-й неделе беременности прибегли к кесареву сечению. В одном случае, у первородящей 25 лет, ОП диагностирован во II триместре (на 20-й неделе). Комплексное лечение проведено с использованием малоинвазивных методик (пункция и дренирование шоколадной кисты поджелудочной железы). На 38-й неделе беременности выявлен рецидив заболевания и после кесарева сечения с извлечением мертвого плода и последующим вмешательством на поджелудочной железе, экстирпации матки и релапаротомии сохранить жизнь роженицы не удалось.

Ведение послеоперационного периода у 2 больных было направлено на профилактику тромбоэмболических и септических осложнений, гипостатической пневмонии: постельный режим, голод, назогастральный зонд, инфузионная терапия с учетом физиологических и патологических потерь (с учетом полного голода — первые четверо суток объем инфузий до 5 л (растворы электролитов, дезагреганты, дезинтоксикационные и белковые препараты, парентеральное питание)).

В схему антибактериальной терапии включали метрогил и цефалоспорины IV поколения. Снижения ферментативной активности поджелудочной железы и желудка добивались назначением сандостатина, H_2 -блокаторов, ингибиторов протонной помпы. Утеротоническую и симптоматическую терапию системных нарушений проводили по показаниям.

Вопросы ведения беременности, ее прерывания и родоразрешения на фоне ОП являются спорными, должны решаться индивидуально с учетом осложнений ОП и срока осложнений течения беременности. При острой фазе заболевания пре-

ривання вагітності можливо тільки по строгим акушерсько-гінекологічним показанням.

ВИВОДИ

Острый панкреатит — относительно редкое, но опасное заболевание у беременных как для матери, так и для плода. УЗИ — наиболее ценное исследование, за исключением III триместра беременности. Медикаментозную терапию беременных и рожениц следует проводить с учетом принципа максимальной безопасности для беременной и плода.

Хирургическое лечение беременных и рожениц проводят при тяжелых формах острого панкреатита с образованием экссудата в брюшной полости, вторичном присоединении инфекции, секвестрации поджелудочной железы.

Залог успеха в комплексном лечении острого панкреатита на фоне беременности — слаженная работа акушеров-гинекологов, хирургов и анестезиологов и своевременное диагностирование заболеваний гепато-панкреатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта.

Література

1. Андрищенко В. П., Андрищенко Д. В., Куновський В. В. Фармакотерапія больового синдрому у хворих на гострий панкреатит // Медицина неотложных состояний. — 2014. — № 3 (58). — С. 140—142.
2. Голяновский О. В., Мамчич В. И., Журавлева Л. А. и др. Особенности ведения беременных и родоразрешения на фоне острого панкреатита // Здоровье женщины. — 2015. — № 3 (99). — С. 38—41.
3. Гомон М. А. Перидуральная анестезия при оперативных вмешательствах в абдоминальной хирургии // Медицина неотложных состояний. — 2014. — № 3 (58). — С. 55—58.
4. Костюченко С. С. Нутритивная поддержка при остром панкреатите // Медицина неотложных состояний. — 2014. — № 4 (59). — С. 83—90.
5. Мішалов В. Г., Маркулан Р. М., Матвеев Р. М. Результати лікування пацієнтів з гострим панкреатитом // Хірургія України. — 2015. — № 1. — С. 84—89.
6. Осипова Н. А. Алгоритм медикаментозного лечения острого болевого синдрома // Медицина неотложных состояний. — 2009. — № 2 (21). — С. 140—142.
7. Ткач С. М. Современные стратегии лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите // Здоров'я України. — 2014. — № 5 (330). — С. 32—34.
8. Стяжкина С. Н., Уткин И. Ю., Виноходова Е. М. и др. Новые возможности в диагностике острого панкреатита // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. — 2015. — № 1. — С. 61—62.
9. VII Всемирный конгресс по проблемам боли: от теории к практике // Здоров'я України. — 2014. — № 11—12. — С. 28—30.
10. Banks P. A., Bollen T. L., Dervenis C. et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of Atlanta classification and definitions by international consensus // Gut. — 2013. — 62. — P. 102—111.
11. The Pancreas an integrated text book of basic science, medicine, and surgery / Ed. by H. Beger. — 10th ed. — Black Well Publishing, 2008. — 1006 p.
12. Tenner S., Baillie J., Desite J., Vega S. S. Management of Acute Pancreatitis // Am. J. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 108. — P. 1400—1415.

В. І. Мамчич¹, О. В. Голяновський¹, І. В. Кандаурова²,
Т. Ю. Пилипенко², М. О. Йосипенко¹, Ю. О. Літвінець³

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

³ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ

Мета роботи — покращити діагностику та оптимізувати лікувальну тактику при гострому панкреатиті (ГП) у вагітних.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 16 вагітних жінок з ГП. У 10 вагітних виявлено ГП легкого ступеня, у 3 — середнього, 3 — тяжкого ступеня. У 13 із 16 вагітних комплексна консервативна терапія виявилася ефективною. У 3 хворих на 38-му тижні вагітності вдалися до кесаревого розтину. Одна хвора померла.

Результати та обговорення. У всіх 16 вагітних з ГП характер больового синдрому та підвищення рівня амілази й ліпази в сечі та в крові були достатніми для верифікації діагнозу. У I триместрі вагітності ГП виявлений у 3, в II триместрі — у 4, в III триместрі — у 9 пацієнток (у тому числі у трьох із тяжкою формою ГП).

Висновки. Гострий панкреатит — відносно рідкісне, але небезпечне захворювання у вагітних як для матері, так і для плода. УЗД — найбільш цінне дослідження, за винятком III триместру вагітності. Медикаментозну терапію вагітних і породіль слід проводити з урахуванням принципу максимальної безпечності для вагітної та плода. Хірургічне лікування вагітних та породіль проводять при тяжких формах гострого панкреатиту з утворенням екссудату в черевній порожнині, вторинному приєднанні інфекції, секвестрації підшлункової залози.

Ключові слова: вагітність, гострий панкреатит, діагностика, лікувальна тактика.

V. I. Mamchich¹, O. V. Golyanovsky¹, I. V. Kandaurova²,
T. Yu. Pylypenko², M. O. Yosypenko¹, Yu. O. Litvinets³

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

² CI «Kyiv Regional Clinical Hospital»

³ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

DIAGNOSIS AND TREATMENT PECULIARITIES OF ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANT

The aim — to improve the diagnosis and optimize treatment tactic for acute pancreatitis in pregnant.

Materials and methods. Treatment results of 16 pregnant women with acute pancreatitis (AP) have been analysed. Mild (mild acute pancreatitis) revealed in 10 women, 3 — average (moderately severe acute pancreatitis), three — severe degree (severe acute pancreatitis). Comprehensive conservative therapy has proved effective in 13 from 16 pregnancies. Caesarean section was performed in three patients after 38 gestation weeks. One patient died.

Results and discussion. In all 16 women with AP the nature of pain syndrome and increased amylase and lipase in the urine and blood have been sufficient to verify the diagnosis. AP was detected during the I pregnancy trimester in three, during the II trimester — in four, during the III trimester — in nine patients (including a three with severe AP).

Conclusions. Acute pancreatitis is a relatively rare but serious illness among pregnant women for both mother and fetus. US — the most valuable study, except for the III trimester of pregnancy. Drug therapy in pregnant and mothers should be based on the maximum-security principle for woman and child. Surgical treatment of pregnant should be performed for severe acute pancreatitis with fluid in the abdominal cavity, secondary infection, and pancreatic sequestration.

Key words: pregnancy, acute pancreatitis, diagnostics, medical tactic.