

© В.І. Коломійцев, 2011

УДК: 616.37-036.11-07-085

В.І. КОЛОМІЙЦЕВ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії № 1, Львів*

## МАЛОІНВАЗІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ГОСТРОЮ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Підчас вагітності в жінок нерідко відбувається утворення конкрементів у жовчному міхурі, а в 0.4-4.9% із них на цьому ґрунті розвиваються гострі хірургічні захворювання: гострий холецистит, холедохолітіаз з механічною жовтяницею, холангітом, панкреатитом. Метою дослідження було вивчення безпечності та ефективності малоінвазивного (ендоскопічного і лапароскопічного) лікування вагітних з ускладненою жовчнокам'яною хворобою.

За останні 10 років у клініці проведено малоінвазивне лікування 54 вагітних з ускладненою жовчнокам'яною хворобою: гострий холецистит – 35, холедохолітіаз з механічною жовтяницею та холангітом – 16, біліарний панкреатит – 17. Термін гестації пацієток становив 17-39 тижнів. Діагноз холелітіазу підтверджували при ультрасонографії та магнітно-резонансній холангіографії. Всім 25 пацієткам з холедохолітіазом виконано ретроградне ендоскопічне обстеження спільної жовчної протоки (СЖП) та папілосфінктеротомію. Канюлювання СЖП підтверджували аспіраційною пробою. У 8 жінок обстеження починали з попередньої папілотомії. Літоекстракцію і ревізію СЖП проводили в основному балонним катетером без рентгенологічного контролю. Ендоскопічне ретроградне втручання вдало проведено всім 25 пацієткам з холелітіазом. Через 1-2 дні 9 з них перенесли лапароскопічну холецистектомію, а ще три жінки оперовані після пологів. Лапароскопічна холецистектомія була з успіхом виконана у всіх хворих на гострий холецистит. Після операції не було ускладнень з боку перебігу вагітності, пологів або стану плода.

Наш досвід підтверджує, що поєднання ендоскопічного і лапароскопічного методів є безпечним і добрим у лікуванні пацієток з гострою панкреатобіліарною патологією навіть підчас вагітності. У більшості таких пацієток ендоскопічне ретроградне втручання на папілі і жовчних протоках може бути з успіхом виконане без використання шкідливого рентгеновського опромінення.

**Ключові слова:** жовчно-кам'яна хвороба, гострий холецистит, ендоскопічна папілосфінктеротомія, лапароскопічна холецистектомія

**Вступ.** Не дивлячись на значну кількість наукових праць і клінічних досліджень, проблема вчасної діагностики і лікування хворих з ускладненнями жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) залишається не вирішеною. Виникнення ЖКХ в жінок досить часто асоціюють з періодом вагітності, з метаболічними змінами в організмі та фізико-хімічними змінами складу жовчі, нейрогуморальними та механічними порушеннями моторики жовчного міхура і всієї біліарної системи [1, 2]. Холелітіаз трапляється в 3-12% вагітних, а мікрохолелітіаз, так званий «сладж», підчас вагітності розвивається в кожній третій жінки [2, 5, 8], що й призводить до того, що гострий холецистит (ГХ) у вагітних є найчастішим ургентним хірургічним захворюванням. У більшості вагітних холелітіаз перебігає безсимптомно або з мінімальними клінічними проявами, що не вимагає активної лікувальної тактики, особливо з огляду на можливі ускладнення перебігу вагітності або негативного впливу на розвиток плода. Проте частина пацієток у зв'язку з розвитком ускладнень вимагає активного хірургічного лікування, що може становити загрозу для вагітності і плода. Для мінімізації впливу операційного лікування на організм вагітної і плід тепер намагаються проводити втручання з використанням малоінвазивних методів: жовчний міхур видаляється лапароскопічно, а проблеми з боку

жовчних проток вирішують ендоскопічним ретроградним втручанням [3, 4, 7, 9]. При цьому існує низка не вирішених питань: збільшена матка створює складнощі для операцій на жовчному міхурі і, особливо, на жовчних протоках, а контроль рентгеновськими променями підчас ендоскопічного ретроградного втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки і жовчних протоках є шкідливим для плода.

**Мета дослідження.** Вивчити частоту виникнення ургентних хірургічних ускладнень ЖКХ у вагітних, особливості лікувальної тактики залежно від виду ускладнення, стадії та важкості перебігу, терміну вагітності, можливостей малоінвазивних втручань.

**Матеріали та методи.** Протягом 2001-2010 років у клініці хірургії №1 на лікуванні перебувало 54 пацієтки з ГХ або іншими гострими ускладненнями ЖКХ віком від 18 до 36 (в середньому 27±4,9) років. Термін вагітності становив 9-39 тижнів, причому 24 пацієток були в другому триместрі, а 26 у третьому триместрі вагітності. Гострий холецистит діагностовано у 35 жінок, холедохолітіаз з механічною жовтяницею та холангітом – у 14, біліарний панкреатит – у 17 вагітних. Тривалість захворювання до надходження у стаціонар варіювала в залежності від виду ускладнення, і термін до 24 год. відзначили 9 (16,7%), від 25 до

48 год. – 35 (64,8%), понад 48 год. – 10 (18,5%) вагітних (одна з них з гострим панкреатитом п'ять днів лікувалася вдома і поступила до лікарні після смерті плода).

Діагноз ЖКХ та її ускладнень встановлювали на підставі результатів фізикальних і лабораторних досліджень, ультрасонографії, магнітно-резонансної томографії, фіброгастроуденоскопії, ендоскопічної ретроградної або магнітно-резонансної холангіопанкреатикографії (ЕРХГ або МРХПГ). Ультрасонографію органів панкреато-біліарної ділянки, заочеревинного простору та матки виконували на ультразвуковому сканері Acuson XP 128 трансдюсером з робочою частотою 3,5 МГц, що за потреби дозволяло виконувати діагностично-лікувальні пункції і дренажування. Ендоскопічне обстеження проводили у динаміці лікування хворих фібродуоденоскопом Olympus JF-1T10. Отримані під час пункції черевної порожнини ексудат та при ЕРХГ жовч скеровували для біохімічного, мікроскопічного та мікробіологічного дослідження.

Проводили рутинний біохімічний аналіз крові, у сироватці крові методом ELISA з використанням стандартних комерційних наборів визначали рівні про- і протизапальних цитокінів, а також кількісно визначали С-реактивний білок, панкреатичну амілазу і ліпазу.

Статистичне обчислення показників проводили з допомогою стандартних комп'ютерних програм SPSS 11.5 for Windows. Прогностичне значення показників оцінювали за наступними критеріями: специфічність, чутливість, позитивна прогностична цінність, ефективність, рівень помилковості. Для порівняння параметричних показників використовували t-тест Стьюдента, непараметричних – U-тест Манна та Уїтні. Критичний рівень значимості (p) приймали рівним 0,05.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі 35 хворих на гострий холецистит були оперовані. При поступленні вони були оглянуті сумісно з акушер-гінекологами і при наявності загально визнаних показань до операції 17 з них поступили до хірургічного відділення. Решта 18 пацієнток первинно поступали до акушерського відділення де лікувалися консервативно під спостереженням хірурга, а при погіршенні клінічної картини, появі ускладнень або неефективності терапевтичних лікувальних заходів через 1-2 доби переводилися для втручання в хірургічне або реанімаційне відділення. Ще 32 вагітних з неускладненим гострим холециститом мали добрий ефект від консервативної терапії і були виписані без операції (вони не включені в дослідження). Малоінвазійні втручання (лапароскопічна холецистектомія та ендоскопічна папілосфінктеротомія з літоекстракцією) виконували лише в денний час. Термін від госпіталізації до операції використовували для максимально можливого обстеження хворих з обов'язковим виконанням ультрасонографії, яка дозволяла точно

встановити діагноз, виявити ускладнення. Цей час також використовували для активної консервативної терапії і приготування пацієнтів до втручання. В результаті час від поступлення до операції становив  $34 \pm 9,3$  години.

При гістологічному дослідженні видалених препаратів, катаральна форма ГХ верифікована у 6 (17,1%), флегмонозна – у 20 (57,1%), гангренозна – у 9 (25,7%) хворих. У семи (20,0%) пацієнток були клінічні ознаки і субопераційно підтверджено місцевий перитоніт, у одної (2,9%) – розлитий перитоніт, що не стало протипоказанням до малоінвазійного втручання. У двох (5,8%) хворих сформувався паравезикальний абсцес.

Час ЛХЕ склав 32-126 (в середньому 63) хвилин. Проблеми виникали у хворих у третьому триместрі вагітності та при наявності метеоризму, що часом значно погіршувало огляд місця операції. У перші 4-6 днів від початку приступу навколо міхура й у гепатодуоденальній зв'язці ще немає щільних зростів та інфільтрату, а тому операція виконується значно легше і простіше, ніж у пізніші терміни (5 пацієнток), коли виникає щільний інфільтрат в ділянці печінково-дванадцятипалокишкової зв'язки, що ускладнює диференціацію її елементів і робить неможливим лапароскопічне втручання на жовчних протоках. Для стерилізації ложа жовчного міхура, що особливо актуально у випадках ретровезикальних абсцесів та гангренозного холециститу, виконували санацію ложа міхура діатермією, спалюючи і випаровуючи некротичні тканини. При абсцесах і перитоніті проводили ретельну санацію черевної порожнини з промиванням її великою кількістю антисептичних і дезінфікуючих розчинів.

Дренажування підпечінкового простору проводили стандартно двома поліхлорвініловими трубками з правого підребер'я. Якщо при ревізії виявляли скупчення гнійного ексудату над печінкою під діафрагмою, або відбулося інфікування правого піддіафрагмального простору внаслідок розриву деструктивно змінених стінок жовчного міхура під час його евакуації, то під діафрагму на поверхню печінки додатково підводили ще одну-дві дренажні трубки.

У післяопераційному періоді продовжували терапію, яка була спрямована на корекцію порушень гомеостазу, вплив на етіологічний чинник інфекційного процесу у черевній порожнині, боротьбу з парезом.

На час поступлення або в анамнезі 25 (46,3%) пацієнток мали ускладнення у вигляді холедохолітіазу або біліарної обструкції іншого генезу, які спричинили механічну жовтяницю (16 хворих – 29,6%), холангіт (5 хворих – 9,3%), гострий панкреатит (17 хворих – 31,5%). Клінічні ознаки холангіту (дрощі, фебрильна температура тіла на фоні жовтяниці) і відповідні знахідки при ультрасонографії виявлено лише у двох (8,0%) пацієнток. Всім пацієнткам з холедохолітіазом виконано рет-

роградне ендоскопічне обстеження СЖП та папілосфінктеротомію

Ендоскопічне ретроградне втручання на папілі і жовчних протоках при вагітності має певні особливості. Це пов'язано з неможливістю використання рентгенівського контролю при обстеженні і проведенні сфінктеротомії і наступної літоекстракції, дуже обережним відношенням до значно збільшеної (від 26-27 тижнів вагітності) матки, яка може не тільки заважати втручанням зовнішньою деформацією дванадцятипалої кишки, але і змінювати свій тонус, що містить небезпеку для перебігу вагітності. Тому втручання проводили під глибокою аналгоседацією (або наркозом) з контролем сатурації крові киснем оксигенометром.

Канюлювання великому сосочку дванадцятипалої кишки проводили м'якою канюлею або папілотомом. Аспіраційна проба (пооява жовчі в канюлі при аспірації) дозволяє з мінімальним ризиком переконатися у правильності проведення процедури та отримати жовч для мікробіологічного та мікроскопічного дослідження. У випадках стенозу великого сосочку, гострого папіліту або защемлення конкременту в сосочку (5 хворих – 9,3%) маніпуляцію починали з розсічення стінки сосочку над конкрементом голчастим папілотомом. У чотирьох хворих незрозумілість ситуації під час канюлювання сосочку все-таки вимагала використання рентгенологічного контролю: опромінення було мінімальним, а зону матки з плодом прикривали кількома шарами просвинцьованої гуми. До 25-26 тижнів вагітності цей захист не закриває ділянку печінково-дванадцятипалокишкової і не перешкоджає візуалізації жовчних проток. Ревізію спільної жовчної протоки і літоекстракцію краще

проводити не кошиком Dormia, а балонним літоекстрактором: розмір балончика вибирається на підставі результатів ультрасонографії або МРХПГ.

Після ендоскопічних втручань з приводу холедохолітіазу 9 пацієнтам виконали лапароскопічну холецистектомію, а ще трьох жінок оперували після пологів.

Загрозливим ускладненням ЖКХ є гострий біліарний панкреатит (ГБП), який ми діагностували в 17 вагітних у другому (11 пацієток) та третьому (6) триместрах. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта, США, 1992), у 10 пацієток діагностовано легкий (набрякова форма) й у 7 важкий (некротична форма) перебіг гострого панкреатиту. Головка підшлункової залози була охоплена процесом у 10 хворих, тіло – у 6, хвіст – у 5 хворих.

При аналізі причини виникнення біліарного панкреатиту у вагітних виявлено холедохолітіаз (9 пацієток, серед яких у трьох конкремент вклинився в у великому сосочку) та мікролітіаз (скупчення кристалів холестерину і білірубінатів знайдено при мікроскопії жовчі у семи з восьми хворих).

Результати загально прийнятих аналізів, підтвердили наявність ГБП у пацієнтів (Табл. 1). Інформативнішими виявилися зміни специфічних панкреатичної амілази та ліпази, а значення СРБ корелювали з важкістю перебігу ГБП в динаміці. У 11 (65%) хворих були клінічно-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії. Характерними були і зміни прозапальних (інтерлейкін 1 $\alpha$ , інтерлейкін 8, фактор некрозу пухлин  $\alpha$ ) і протизапальних (антагоніст рецепторів інтерлейкіну 1, інтерлейкін 10) цитокінів, які змінювалися в динаміці перебігу і в залежності від важкості ГП.

Таблиця 1

Значення лабораторних показників у хворих на ГБП (n=17) на момент надходження у клініку і через 3 дні після папілосфінктеротомії.

Ознаки	При поступленні	Третя доба після ПСТ
П-амілаза (n=19) (N<50 од/л)	141 (87-232)	76 (N-163)
Ліпаза (n=19) (N<190 од/л)	15360 (858-26675)	7425 (134-1714)
Білірубін (мкмоль/л) -прямий	59,3 (12,6-120) - 41,5 (0-105)	28,5 (15,7-43,7) - 17,1 (3,8-34,1)
АлАТ (МО/л)	1,13 (0,65-2,3)	0,86 (0,42-3,3)
Лужна фосфатаза (од/л)	209 (97-340)	138 (71-212)
СРБ (n=19) (N<50 мг/л)	129 (78-187)	93 (76-119)

З методів апаратної діагностики при ГБП використовували передовсім ультрасонографію, яка у більшості пацієнтів дозволила швидко визначити ступінь змін у підшлунковій залозі, розповсюдження процесу в заочеревинному просторі й у черевній порожнині, рідинні скупчення у порожнині печінкової сумки і заочеревинному просторі з формуванням у майбутньому панкреатичних псевдокіст, інфікування секвестрів і рідинних скупчень з розвитком заочеревинних

флегмон, внутрішньочеревних абсцесів. Неінвазійність і нешкідливість методу роблять його незамінним при контролі стану плода і матки, можливості попередження ускладнень перебігу вагітності.

В п'яти хворих під контролем ультрасонографії проведено пункції (максимально п'ять) рідинних скупчень і псевдокіст, які формувалися, а в чотирьох пацієток в черевну порожнину і скупчення поставлено дренажі, що дозволило уникнути відк-

ритої операції, зменшити ендогенну інтоксикацію, евакуувати інфіковану рідину.

Враховуючи негативний ефект впливу опромінення на плід, використання рентгенівського дослідження в будь-яких варіантах вкрай небажано. За необхідності замість комп'ютерної томографії у вагітних можна використовувати магнітно-резонансну томографію. Цей метод є незамінним для підтвердження біліарного генезу панкреатиту і за необхідності ендоскопічного ретроградного втручання на папілі і жовчних протоках в тих випадках. МРХПГ ми використали у двох хворих, що дозволило вчасно діагностувати зміни в біліарній системі і визначити показання до ендоскопічної папілосфінктеротомії.

При ендоскопічному обстеженні та втручанні (16 хворих) холангіт виявили у трьох (19%) пацієнток, який діагностували за наявністю відходження гною або гнійної жовчі з папіли при її огляді, інструментальній пальпації або після папілосфінктеротомії. При мікроскопії жовчі мікрохоледохолітиаз виявлено у 12 (75%) пацієнтів. Окрім того, ендоскопічно у двох (13%) пацієнтів діагностовано парапапілярні дивертикули; у 4 (25%) хворих виявили виражений підслизовий набряк медіальної і задньої стінок низхідної частини дванадцятипалої кишки, й у 12 (75%) – різного ступеня ерозивний процес.

Перед і після ендоскопічного втручання хворим призначали відповідну консервативну терапію ГП, яка включала введення анальгетиків, спазмолітиків, інгібіторів протеолітичних ферментів, антибіотиків широкого спектру дії (в основному цефалоспориної III-IV генерації), антацидних препаратів у комплексі з дезінтоксикаційною терапією і підтримкою життєдіяльності основних систем організму. При призначенні конкретних препаратів

враховували фактор вагітності, а тому низку відомих препаратів (5-фторурацил, фторхінолони, похідні 5-нітроімідазолу), які традиційно використовують при лікуванні ГБП, довелося виключити.

Після ендоскопічної папілотомії, як правило, у той же день або через добу визначали значне суб'єктивне покращання стану хворих, особливо у випадках защемлення конкременту у великому сосочку дванадцятипалої кишки, коли гострий приступ болю припинявся під час процедури. У 3 (19%) пацієнтів гострий панкреатит мав абортивний перебіг. Якщо причиною жовтяниці була обструкція в дистальному відділі спільної жовчної протоки і/або у великому сосочку, то у сироватці крові хворих відзначали швидке зменшення рівня білірубину, особливо прямої його фракції (табл. 1). Лише у двох хворих ендоскопічне ретроградне втручання на великому сосочку і жовчних протоках практично не вплинуло на перебіг ГП.

При наростанні клінічних проявів гострого холециститу, нагноєнні, некрозах та рідинних скупчень у різні терміни від початку захворювання трьох (17,6%) хворих вимушені були оперувати шляхом лапаротомії (одна пацієнтки) або лапароскопічно (табл. 2). Одній жінці одночасно з некрсеквестректомією на фоні перитоніту виконано екстирпацію матки з матковими трубами – це була третя за рахунком операція через 23 дні після родорозршення мертвим доношеним плодом (перша операція – через два дні після родорозршення – була лапароскопічна холецистектомія, друга – на 5-й день – лапароскопічне редренування черевної порожнини і заочеревинного простору). У зв'язку з важким перебігом ГБП двох пацієнток (терміни гестації 37 і 39 тижнів) родорозршили через природні родові шляхи: народжені здорові діти. Аборти з причини ГБП не було.

Таблиця 2

Обсяг хірургічних втручань (n=5) у вагітних і породіль з ГП (n=3)

Обсяг операцій	К-ть хворих
Лапароскопічне дренажування черевної порожнини	2
Лапароскопічна холецистектомія + дренажування черевної порожнини	2
Екстирпація матки + некрсеквестректомія	1*

\* – операція була як третій етап хірургічного лікування

Після ліквідації ознак клінічних виявів біліарного ГП після пологів ще 8 хворих оперували лапароскопічно у плановому, а одну хвору – в ургентному порядку у зв'язку зі загостренням холециститу. Дві хворі перед холецистектомією вимагали повторного ендоскопічного ретроградного втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки з літоекстракцією, причому одну хвору оперували з приводу гострого холециститу і холедохолітазу в терміні 12 тижнів наступної вагітності.

Загальна кількість ускладнень у вагітних з гострою панкреатобіліарною патологією була 16 (29,6%), в основному при ГБП. Зі специфічних ускладнень відзначено прееклампсію (1) та септи-

чний ендометрит (1). У результаті – одна антенатальна загибель плоду (1,8%), а також померла й його мати (1,8%). Середній післяопераційний ліжкодень при лікуванні вагітних з гострим холециститом і лапароскопічною холецистектомією становив  $6,2 \pm 1,8$  дні, холедохолітазом без холецистектомії –  $4,8 \pm 1,6$  днів, ГБП –  $17,3 \pm 11,2$  днів, що пов'язано не тільки і не стільки з необхідністю лікування хірургічної патології, скільки зі збереженням вагітності.

**Обговорення.** Гостра панкреатобіліарна патологія у вагітних – не є рідкісною і патогенетично пов'язана з вагітністю, а ситуація, що виникає, є надзвичайно складною і відповідальною з точки

зору лікування жінки і майбутньої дитини. Якщо пацієнтки з неускладненим гострим холециститом або з легким перебігом ГБП можуть лікуватися як в акушерсько-гінекологічному, так і в хірургічному відділенні, залежно від переваг проблем з того чи іншого боку, то після операції або при важкому перебігу ГБП пацієнтки повинні лікуватися у відділеннях інтенсивної терапії під контролем лікарів-реаніматологів, акушер-гінекологів, хірургів та інших за потребою спеціалістів. Не дивлячись на постійну увагу до лікування цих хворих, материнська і перинатальна смертність серед них сягає 0-18% і 2-37% відповідно [8, 9] в залежності від важкості патології і методів лікування. В нашому дослідженні ці показники склали 1,8%. В наших пацієнток не було таких ускладнень, як аборт, передчасні пологи, еклампсія, аномалії розвитку плода, що трапляються загалом з частотою до 20% [6].

Окрім ускладнень з боку вагітності, при малоінвазійному лікуванні можуть виникати інші ускладнення. Зокрема, лапароскопічна холецистектомія може ускладнитися інтраопераційною травмою жовчних проток, підтіканням жовчі, кровотечею, інфекційними ускладненнями, і частота їх виникнення при операціях у третьому триместрі збільшується. Це можна пояснити значним збільшенням матки, яка перешкоджає чіткій візуалізації операційного поля, загалом проведенню операції, створюючи незручності навіть для введення маніпуляторів. Лапароскопічне вирішення проблеми біліарної обструкції у вагітних допускається у першому та другому семестрі: холедохоскопію проводять за стандартною методикою, проте без попередньої холангіограми.

При біліарній обструкції специфічні ускладнення можуть виникати й при ендоскопічних втручаннях на великому сосочку та жовчних протоках: гострий панкреатит, кровотечі, перфорації кишки, тощо. В загальній популяції кількість їх сягає 7-16%; в нашому дослідженні в одній (1,9%) пацієнтки розвинувся панкреатит. При вагітності ризик ускладнень збільшується, тому що зайве використання рентгенівського опромінення вкрай небажане. Селективній канюляції СЖП може допомогти аспіраційна проба – поява при аспірації в канюлі жовчі. Інший вихід – проведення канюляції за допомогою провідника: при потраплянні провідника у СЖП можна спостерігати підтікання білого жовчі. Сфінктеротомію виконують стандартно, а чергова проблема може виникнути при спробі літоекстракції. Відсутність візуалізації конкремента обмежує можливості кошика Дорміа при захопленні конкремента. Для цієї мети краще використовувати балонні літоекстрактори або літоекстракцію проводити під контролем транспаплярно введеного «дочернього» холедохоскопу [5]. При невпевненості в завершеності літоекстракції пропонують лікування розділити на два етапи: підчас

вагітності (перший етап) втручання завершити біліарним стентуванням, а після пологів, використовували весь арсенал діагностичних заходів завершити літоекстракцією [4, 6]. У зв'язку з наведеними складнощами виконання ендоскопічного ретроградного втручання велике значення надається попередній ретельній діагностиці стану СЖП шляхом черезшкірної ультрасонографії, магнітно-резонансній холангіографії, ендосонографії [4]. Останній метод дозволяє не лише прецизійно вивчити жовчні протоки, але й прояснити деякі анатомічні особливості великого сосочка дванадцятипалої кишки, його сфінктерний апарат, співвідношення проток, наявність великих судин в зоні планованого розрізу.

В діагностиці панкреатобіліарної патології у вагітних також є певні труднощі. Правильна діагностика ускладнюється різноманітними скаргами, пов'язаними з вагітністю, а тому частина легких форм захворювання не діагностується, або діагностується з запізненням. При великих розмірах матки проблематично пропальпувати щось у животі і правильно визначити місце болючості, вловити характерні для холециститу і панкреатиту симптоми. В лабораторних аналізах вагітних можуть бути відхилення в лейкоцитозі і лейкоцитарній формулі, ШОЕ, збільшується концентрація С-реактивного протеїну, збільшується у 1,5-2 рази активність амілази крові і сечі.

Лікування хворих з гострою панкреатобіліарною патологією само по собі є складною проблемою. Але зараз вже опрацьовані основні тактичні питання в лікуванні гострого ускладненого холециститу та панкреатиту, показання та методи операційних втручань. В той же час, в лікуванні вагітних існують значні проблеми, пов'язані з профілактикою ушкодження плода ліками та ендотоксинами, опроміненням, а тому залишається ще багато дискусійних питань.

**Висновки.** Отже, при розвитку гострої хірургічної панкреатобіліарної патології у вагітних малоінвазійні втручання (лапароскопічні, ендоскопічні або їх поєднання) є оптимальним методом лікування. Ендоскопічні ретроградні втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки і жовчних протоках бажано і можливо проводити без рентгенологічного контролю після підтвердження показань при ультрасонографії, магнітноядерній холангіографії, ендосонографії. Підчас вагітності вважаємо допустимим двохетапне лікування пацієнток з ускладненою ЖКХ: спочатку ендоскопічно ліквідувати життєво небезпечні ускладнення (холедохолітиаз з механічною жовтяницею, холангітом, гострий біліарний панкреатит), а після пологів провести лапароскопічну холецистектомію. Лікувальна тактика у вагітних з панкреатобіліарною патологією узгоджується з акушер-гінекологами, при цьому обмежується використання фетотоксичних препаратів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кантемирова З.Р. Беременность, желчный пузырь и липидный дистресс-синдром: диагностика и принципы лечения / Кантемирова З.Р., Петухов В.А. // Гинекология. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 38—46.
2. Панкреатит у беременных / Маев И.В., Бурков С.Г., Кучерявый Ю.А., Овлащенко Е.И. // Клиническая медицина. — 2008. — № 86(6). — С. 23—29.
3. Minimally invasive management of acute biliary tract disease during pregnancy / L.T. Chiappetta Porras, E.D. Nápoli, C.M. Canullán [et al.] // H. P. B. Surg. — 2009. — Vol. 92. — P. 20—29.
4. Chong V.H. Endoscopic management of biliary disorders during pregnancy / V.H. Chong, A. Jalihal // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. — 2010. — Vol. 9, № 2. — P. 180—185.
5. Pancreatitis in Pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals / J.J. Eddy, M.D. Gideonsen, J.Y. Song [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 112, № 5. — P. 1075—1081.
6. Safety of therapeutic ERCP in pregnancy – an Indian experience / R. Gupta, M. Tandan, S. Lakhtakia [et al.] // Indian J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 24, № 4. — P. 161—163.
7. Meshikhes A.N. Successful laparoscopic cholecystectomy in the third trimester of pregnancy / A.N. Meshikhes // Saudi Med. J. — 2008. — Vol. 29, № 2. — P. 291—292.
8. Pitchumoni C.S. Acute pancreatitis in pregnancy / C.S. Pitchumoni, B. Yegneswaran // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15 (45). — P. 5641—5646.
9. Turhan A.N. Acute biliary pancreatitis related with pregnancy: a 5-year single center experience / A.N. Turhan, M. Gönenç, S. Kapan [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15(45). — P. 5641—5646.

V. KOLOMIYTSEV

*Lviv National Medical University by Danilo Halytsky, Department of surgery №1, Lviv*

MINIMALLY INVASIVE MANAGEMENT OF ACUTE PANCREATOBILIARY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

Pregnancy is often accompanied with biliary stones formation, and 0.4-4.9% pregnant women have urgent biliary problems during pregnancy: acute cholecystitis, choledocholithiasis with obstructive jaundice, cholangitis, pancreatitis. Aim of this study was to evaluate the safety and effectiveness of endoscopic and laparoscopic management of complicated cholelithiasis during pregnancy.

During last ten years, 54 pregnant women with complicated cholelithiasis (acute cholecystitis – 35, choledocholithiasis with obstructive jaundice and cholangitis – 16, biliary pancreatitis – 17) were underwent to minimally invasive management. The gestational age of patients was 17-39 weeks. For confirmation of diagnosis and definition of number, size and location of stones in common bile duct (CBD) the ultrasound and MRCP were used. All 25 patients with choledocholithiasis were underwent to ERCP and sphincterotomy. Cannulation of CBD was confirmed by bile aspiration. In 8 women pre-cut papillotomy was used. CBD clearance was performed with balloon catheters without x-ray. All 25 patients had successful endoscopic CBD clearance; 9 patients underwent to laparoscopic cholecystectomy one-three days later; 3 women were operated after delivery. Laparoscopic cholecystectomy was also successfully performed to all patients with acute cholecystitis. There were no postoperative problems with pregnancy, delivery, and fetus.

Our experience has shown that combined endoscopic and laparoscopic management of CBD and gallbladder cholelithiasis is a safe method of treatment of complicated cholelithiasis even in pregnant women. In selective patients successful CBD stone clearance can be achieved without usage of harmful x-ray control.

**Key words:** Cholelithiasis, acute cholecystitis, endoscopic sphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy

Стаття надійшла до редакції: 24.03.2011 р.