

# Ведення вагітності та розродження жінок на тлі гострого панкреатиту

О.В. Голяновський<sup>1</sup>, Я.П. Фелештинський<sup>1</sup>, Т.П. Павлів<sup>1</sup>, Д.О. Гончаренко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини

Частота гострого панкреатиту під час вагітності становить від 1:1000 до 1:10 000 пологів. Біліарний панкреатит ускладнює від 1:1500 до 1:3300 вагітностей. Розвиток ускладнень перебігу вагітності та пологів пов'язаний з труднощами діагностики панкреатиту, пізнім встановленням діагнозу та невизначеністю лікувальної тактики.

**Мета дослідження:** удосконалення ранньої діагностики та комплексного лікування гострого панкреатиту у вагітних з метою зменшення показників ускладнень з боку матері і плода/новонародженого.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів діагностики та комплексного лікування 123 вагітних у термінах 16–38 тиж гестації. Основна група (I) – 61 вагітна з гострим панкреатитом, які перебували на лікуванні у період з 2012 до 2018 р. і у яких застосовували розроблений діагностично-лікувальний алгоритм; група порівняння (II) – 62 вагітні, які перебували на лікуванні у період з 2006 до 2012 р. і у яких використовували традиційні методи лікування та діагностики.

**Результати.** В основній групі при застосуванні діагностично-лікувального алгоритму у 100% випадків було виявлено гострий панкреатит на ранній стадії захворювання, що дало змогу отримати ефект від консервативної терапії у 27 (44,3%) вагітних, а у 31 (50,8%) – з використанням розродження та хірургічних втручань, а також уникнути післяопераційної летальності, тоді як у групі порівняння ефект від консервативного лікування досягнуто лише у 21 (33,9%) випадку, а летальність становила 1 (1,6%) випадок на тлі панкреонекрозу та інфекційних ускладнень. У групі порівняння у 26 (41,9%) пацієнток цей діагноз було встановлено лише на 8±2,1 доби від початку захворювання.

**Заключення.** Застосування комплексного діагностично-лікувального алгоритму порівняно з традиційними методами дозволяє діагностувати гострий панкреатит у вагітних на ранній стадії, зменшити число ускладнень та знизити летальність.

**Ключові слова:** вагітність, гострий панкреатит, діагностика, лікування.

Гострий панкреатит під час вагітності – нечасте ускладнення і становить від 1:1000 до 1:10 000 пологів. Велика різниця захворюваності пов'язана з впливом найважливішого етіологічного чинника – наявності жовчнокам'яної хвороби (холелітіаз). За даними проведених досліджень, біліарний панкреатит ускладнює перебіг вагітності: 1 випадок панкреатиту на 1500 – 3300 вагітностей [2, 4, 9].

У разі вагітності створюються умови для загострення вже наявного холелітіазу на тлі властивих вагітності порушень моторно-евакуаторної функції жовчного міхура і шлунка (частіше – його гіпокінезії із застоєм жовчі), високого стояння дна матки і гастростазу, підвищення в'язкості жовчі з формуванням біліарного сладжу та жовчних конкрементів. Ризик розвитку ускладнень перебігу вагітності на тлі біліарного панкреатиту підвищується при повторних вагітностях у жінок, які страждають на хронічний холецистит та біліарні дисфункції [1, 5, 10].

Крім біліарного панкреатиту спостерігається аліментарний (у 12,3% випадків); панкреатит, асоційований з гіпертригліцеридемією; ідіопатичний панкреатит; панкреатит, асоційований з гіперпаратиреоїдизмом та гіперкальціємією. У вагітних з прееклампсією також описані випадки панкреатиту, що розвивається внаслідок системних порушень мікроциркуляції та поліорганної недостатності [3, 6].

Особливу увагу дослідників привертає рання діагностика гострого панкреатиту у вагітних та його ускладнень, оскільки клінічна картина захворювання може бути атиповою, а летальність від ускладнень гострого панкреатиту за різними даними становить 4,5–90% (Gompertz M. et al., 2013; Rohan Jeyarajah D. et al., 2014).

Саме тому розвиток ускладнень гострого панкреатиту у вагітних часто пов'язаний з пізньою діагностикою; у 50% випадків це 7–10-а доба захворювання, оскільки клінічна картина перебігу захворювання досить часто схожа з тяжкою прееклампсією, а традиційні методи діагностики гострого панкреатиту не відрізняються від діагностики у вагітних. Ситуацію також погіршує неможливість використання у вагітних усього спектра загальнодоступних методів інструментальної діагностики, таких, як КТ, а доступні лабораторні показники не завжди специфічні для панкреатиту на початку захворювання на тлі вагітності.

Для діагностики панкреатиту традиційно використовують результати УЗД та лабораторні дослідження. Найчастіше у клінічній практиці застосовують визначення амілази та ліпази у крові. В останні роки з'явилися поодинокі дослідження визначення панкреатичної еластази сироватки крові у вагітних, які перенесли гострий панкреатит. За результатами досліджень виявлено, що сироваткова еластаза найбільш специфічна для гострого панкреатиту, її рівень підвищується з перших годин (4–6 год) захворювання [6–8, 11]. Порівняльну діагностичну оцінку показників сироваткової амілази, ліпази та панкреатичної еластази у плазмі крові у вагітних рідше не досліджували.

Лікувальна тактика під час гострого панкреатиту у вагітних також потребує удосконалення. Дискусійними залишаються питання щодо використання малоінвазивних, пункційних та лапароскопічних методик.

Складність лікування гострого панкреатиту у вагітних пов'язана із обмеженнями у прийнятних методах лікування використання певних груп лікарських засобів та ускладненій діагностиці захворювання, у зв'язку з чим спостерігається значно вищий рівень материнської смертності – 39 (у невагітних пацієнток – 6–33) та висока перинатальна смертність – 38 на 1000 випадків панкреатиту.

У зв'язку з цим доцільним є удосконалення ранньої діагностики гострого панкреатиту у вагітних, визначення та удосконалення лікувальної тактики.

**Мета дослідження:** удосконалення ранньої діагностики та комплексного лікування гострого панкреатиту у вагітних з метою зменшення показників ускладнень з боку матері і плода/новонародженого.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Проведено ретроспективний аналіз результатів діагностики та комплексного лікування 123 вагітних з гострим панкреатитом, які перебували на клінічних базах кафедри акушерства і гінекології № 1 та кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Київського обласного центру охорони здоров'я матері і дитини у період з 2006 до 2018 р. Вік пацієнток становив від 18 до 42 років, середній вік – 28±2,1 року, термін вагітності – від 12 до 37 тиж. Діагностику та лікування гострого панкреатиту проводили залежно від терміну вагітності: до 22 тиж – у хірургічній клініці з консультуванням акушера-гінеколога, а за ускладнень вагітності й великої ймовірності передчасних пологів та необхідності розродження – в акушерському відділенні з консультуванням і за участю хірурга (у разі необхідності хірургічного втручання). Тяжкість гострого панкреатиту у вагітних визначали згідно з міжнародною класифікацією Атланта-92 третього перегляду (2012 р.) [12].

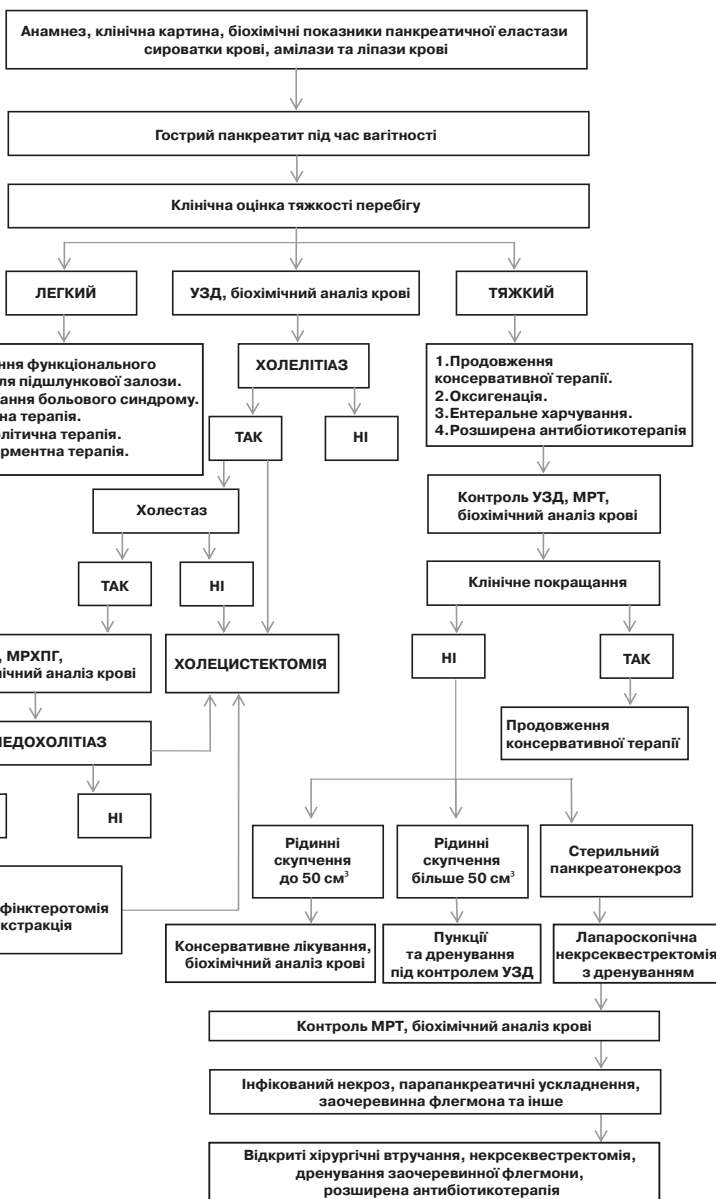
До основної групи (I) увійшла 61 вагітна, які знаходились на лікуванні у період з листопада 2012 р. до квітня 2018 р. Серед них до хірургічного відділення госпіталізовано 29 (47,5%) вагітних та до акушерського відділення 32 (52,5%) пацієнтки відповідно. Гострий панкреатит у I триместрі був виявлений у 18 (29,5%) вагітних, у II триместрі – у 17 (27,9%) та у III триместрі – у 26 (42,6%) пацієнток. У разі повторних вагітностей гострий панкреатит відзначено у 21 (34,4%) вагітної. Холелітіаз в анамнезі спостерігали в 11 (18,0%) вагітних. Обстеження та лікування хворих основної групи виконували згідно з розробленим разом з хірургами комплексним алгоритмом.

Алгоритм діагностики та лікування гострого панкреатиту під час вагітності наведено на малюнку.

Обстеження основної групи включало вивчення скарг, анамнезу захворювання, результатів УЗД, ЕФГДС, МРХПГ, загальні лабораторні дослідження, біохімічні дослідження з визначенням показників амілази та ліпази крові. Окрім цього, усім хворим даної групи виконано дослідження панкреатичної еластази сироватки крові (Е1) на 1, 3-ю та 5-у добу від початку захворювання та контроль даних показників під час виписки.

До групи порівняння увійшли 62 вагітні, які перебували на лікуванні у період з жовтня 2006 р. до жовтня 2015 р. Первинно до хірургічного стаціонару госпіталізовано 30 (48,4%) вагітних та до акушерського відділення 32 (51,6%) вагітні. Гострий панкреатит у I триместрі був виявлений у 17 (27,4%) вагітних, у II триместрі – у 20 (32,3%) та у III триместрі – у 25 (40,3%) пацієнток. При повторних вагітностях гострий панкреатит відзначали у 19 (30,7%) жінок. Холелітіаз в анамнезі спостерігали у 9 (14,5%) вагітних.

Обстеження включало вивчення скарг, анамнезу захворювання, виконання традиційних лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначення панкреатичної еластази сироватки крові у даній групі не проводили. Було



**Алгоритм діагностики та лікування гострого панкреатиту під час вагітності**

проведено порівняння результатів лабораторної діагностики та УЗД. Усі вагітні проконсультовані хірургом.

Лікування гострого панкреатиту у вагітних груп дослідження проводили відповідно до ступеня тяжкості захворювання, результатів клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження та розробленого комплексного алгоритму.

Результати діагностики, виникнення ускладнень та лікування гострого панкреатиту оцінювали шляхом порівняння у пацієнтів основної групи та групи порівняння.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

За результатами дослідження основної групи (I) виявлено, що 31 (50,8%) вагітна первинно скаржилися на біль у животі та нудоту, що не давало змоги виключити прееклампсію. Під час лабораторного обстеження виявлено підвищення рівня лейкоцитів до  $15,1 \times 10^9/\text{л}$ , нормальні показники амілази та ліпази

Результати лабораторних досліджень крові хворих основної групи (I) на 1, 3-ю і 5-у добу захворювання

Показник	1-а доба	3-я доба	5-а доба
Лейкоцити	15,1±0,7	15,7±0,5	13,3±0,3
Альфа-амілаза	148,3±2,7	489,0±2,4	374,2±1,4
Ліпаза	239,5±1,2	521,0±1,4	322,4±1,1
Панкреатична еластаза сироватки крові	11,3±0,3	13,5±0,4	13,2±0,4

крові, відсутність змін підшлункової залози, характерних для гострого панкреатиту, за даними УЗД, але у 10 (16,4%) вагітних виявлено холелітіаз без ознак холедохолітіазу.

Дослідження панкреатичної еластази сироватки крові встановило підвищення рівня даного показника у 3 рази – до 10,6 нг/мл, що дало змогу встановити діагноз гострого панкреатиту та своєчасно розпочати специфічне лікування.

Решта 30 (49,2%) вагітних мали типові скарги і клінічну картину гострого панкреатиту, показники лейкоцитозу – до  $15,1 \times 10^9$ /л, але підвищення рівня амілази та ліпази під час госпіталізації було відзначено не у всіх вагітних: відповідно амілази у 15 (24,6%) вагітних – до 148,3 од./л та ліпази у 18 (29,5%) – до 239,5 од./л разом зі змінами у підшлунковій залозі, що характерні для гострого панкреатиту. У 12 (19,7%) вагітних поряд з типовими скаргами (біль у животі оперізуючого характеру, нудота, блювання), високим рівнем лейкоцитозу показники амілази та ліпази крові знаходились у межах норми, тоді як рівень панкреатичної еластази сироватки крові у них був підвищений у 3,2 разу та становив до 11,3 нг/мл, що також дало змогу своєчасно розпочати лікування гострого панкреатиту.

Результати лабораторних досліджень крові хворих основної групи наведено у табл. 1.

Діагноз був підтверджений під час подальшого лабораторного контролю амілази та ліпази крові на 3-ю та 5-у добу, де відзначено поступове підвищення їхнього рівня з відповідними змінами підшлункової залози (збільшення розмірів, нечіткість контурів) на УЗД.

За даними УЗД окрім набрякових змін підшлункової залози виявлено холелітіаз з розширенням холедоку до 8–10 мм та ознаками жовтяниці (загальний білірубін на рівні  $72,4 \pm 2,1$  мкмоль/л) у 13 (21,3%) пацієнток. У цих вагітних під час виконання МРХПГ(MRSP) діагностовано мініхоледохолітіаз у 4 (6,6%) вагітних у II та III триместрах. Під час ЕФГДС у даній категорії хворих виявлено ерозивну гастропатію у 37 (60,7%) пацієнток.

Отже, за результатами дослідження даних основної групи виявлено, що показники еластази сироватки крові були високими у 100% хворих у 1-у добу захворювання, тоді як рівень амілази та ліпази крові на 1-у добу був високим лише у 25% та 30% відповідно. Загалом у пацієнток основної групи холелітіаз виявляли у 23 (37,7%) вагітних, з них мініхоледохоліаз – у 4 (6,6%), без ознак жовтяниці. Концентрація панкреатичної еластази сироватки крові зростає вже через декілька годин від початку захворювання, а на 3-ю добу досягла максимальних показників, які свідчили про розвиток гострого панкреатиту. За рахунок тривалого періоду напіврозпаду концентрація панкреатичної еластази залишалась підвищеною протягом кількох днів (в основному 3–5 днів). Це свідчить про специфічність панкреатичної еластази сироватки крові у ранній діагностиці гострого панкреатиту у вагітних.

На момент виписки концентрація сироваткової еластази була у межах норми у всіх пацієнток основної групи. УЗ-моніторинг проводили кожні 3–5 днів від початку захворювання.

Медикаментозне лікування було спрямовано на зменшення панкреатичної секреції, купірування больового синдрому

і проведення замісної ферментної терапії у разі розвитку зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози.

Незважаючи на необхідність мінімізації консервативної терапії у вагітних, лікування було адекватним тяжкості захворювання.

Курс консервативної терапії при легкому панкреатиті передбачав:

1. Створення функціонального спокою для підшлункової залози (голод, локальна гіпотермія, зондування і аспірація шлункового вмісту).

2. Застосування спазмолітичної терапії: міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин), холінолітики (платифілін).

3. Купірування больового синдрому: нестероїдні протизапальні препарати.

4. Використання інгібіторів шлункової секреції (антисекреторні препарати – H2-блокатори, ІПП, агоністи опіоїдних рецепторів).

У разі наростання тяжкості гострого панкреатиту виконували:

5. Корекцію гіповолемічних і водно-електролітичних розладів, дії щодо поліпшення мікроциркуляції, пригнічення вільнорадикального окиснення: інфузії кристалічних розчинів, колоїдів.

6. Превентивне призначення антибактеріальних препаратів: II–III покоління захищених сульбактамом (цефоперазон), у разі розвиненого панкреонекрозу – карбапенемі (меропенем).

7. У разі загрози переривання вагітності або виникнення передчасних пологів призначали спазмолітики, препарати магнію, мікронізований прогестерон і профілактику РДС бетаметазоном за загальноприйнятною схемою.

Ураховуючи ранню діагностику панкреатиту в основній групі, вдалося отримати позитивний ефект від консервативної терапії у 27 (44,3%) вагітних. У 19 (31,1%) вагітних з біліарним панкреатитом на тлі виявленого холелітіазу після купірування симптомів гострого панкреатиту та стабілізації загального стану виконано лапароскопічну холецистектомію. З них у 4 (6,6%) випадках при мініхоледохолітіазі першочергово проводили ЕРПХГ, папілосфінктеротомію з літеекстракцією, після чого виконували лапароскопічну холецистектомію у II та III триместрах вагітності.

У решти пацієнток за даними УЗД виявлено зміни підшлункової залози (збільшення розмірів, зниження ехогенності, набряк, накопичення рідини у бурса оменталіс, парапанкреатичних просторах більш ніж 50 мл<sup>3</sup>). У разі рідинних скупчень більше 50 мл<sup>3</sup> виконували пункції та дренування сальникової сумки під контролем УЗД. Даний метод був використаний у 8 (13,1%) вагітних у II та III триместрах вагітності. У 4 (6,6%) пацієнток на МРТ було виявлено наявність секвестрів, виконано їхнє лапароскопічне видалення та дренування черевної порожнини у II та III триместрах вагітності. У 3 (4,9%) випадках на 32-у, 37-у та 38-у тижнях вагітності відповідно виконано відкриті хірургічні втручання, видалення секвестрів та проведено некретомію, абдомінізацію залози, формування бурсостоми і дренування парапанкреатичної заочеревинної клітковини після першочергового виконання кесарева розтину; в одному випадку, що супроводжувався перитонітом, була виконана гістеректомія

Результати лабораторних досліджень крові хворих групи порівняння (II) на 1-у, 3-ю та 5-у добу захворювання

Показник	1-а доба	3-я доба	5-а доба
Лейкоцити	16,2±0,4	16,5±0,7	15,4±0,9
Альфа-амілаза	349,6±2,5	391,1±1,9	477,6±2,4
Ліпаза	403,0±2,8	569,0±1,4	543,4±2,8

без додатків матки. Тривалий післяпологовий та післяопераційний періоди (35±1,9 доби) завершилися одужанням цих породіль.

За результатами обстеження II групи (порівняння) виявили 30 (48,4%) вагітних, які мали патогномічні скарги та клінічні ознаки гострого панкреатиту (оперізуючий біль в епігастрії, нудоту, блювання), високий лейкоцитоз – до  $16,1 \times 10^9$ /л, амілаземію та ліпаземію крові – до 349 од./л та 403 од./л у 1-у добу від початку захворювання відповідно. За даними УЗД відзначено характерні зміни для гострого панкреатиту (збільшення розмірів, нечіткість контурів, зниження чи підвищення ехогенності підшлункової залози). З них – за результатами УЗД – холелітіаз діагностовано у 12 (19,4%), холедохолітіаз – у 2 (3,2%) вагітних, який супроводжувався ознаками жовтяниці (рівень загального білірубіну – до  $86,2 \pm 1,9$  мкмоль/л). Тоді як решта 32 (51,6%) вагітних госпіталізовані зі скаргами на біль у животі, нудотою, з лейкоцитозом до  $16,2 \times 10^9$ /л, але з рівнем амілази та ліпази у межах норми.

Результати лабораторних досліджень наведено у табл. 2.

Рівень панкреатичної еластази вагітним групи порівняння не визначали. Під час УЗД при госпіталізації виявлено холелітіаз в 11 (17,7%) пацієнок без ознак холедохолітіазу та типові зміни підшлункової залози, характерні для гострого панкреатиту.

Але у зв'язку зі збільшенням кількості типових скарг та наростання клініки гострого панкреатиту у даної категорії хворих виконано УЗД на  $8 \pm 2,1$  доби та виявлено збільшення розмірів підшлункової залози, нечіткість контурів, підвищення ехогенності, оментобурсит. Під час виконання контролю показників амілази та ліпази крові було підтверджено їхнє значне збільшення – до 477,6 од./л та 543,4 од./л відповідно. У зв'язку з цим діагноз гострого панкреатиту був встановлений на  $8 \pm 2,1$  доби, тобто пізніше порівняно з I групою.

МРТ-дослідження через 3–4 тиж підтвердило наявність некрозу підшлункової залози у 20 (32,3%) жінок, запальних змін у заочеревинній клітковині, пов'язаних з виходом панкреатичного секрету за межі підшлункової залози, – у 8 (12,9%) пацієнок, в 1 (1,6%) випадку – тільки у формі інфільтрації. До того часу сформувалися некротичні панкреатичні та парапанкреатичні рідинні скупчення у 12 (19,4%) вагітних.

Від консервативного методу лікування вдалось отримати позитивний ефект у II групі лише у 21 (33,9%) вагітної. Це пояснюється тим, що діагноз гострого панкреатиту встановлено значно пізніше порівняно з основною групою, тому відповідно консервативна терапія розпочата значно пізніше. З 23 (37,1%) випадків виявленого холелітіазу лапароскопічна холецистектомія була виконана лише у 15 (24,2%) пацієнок. У решті вагітних не вдалось виконати лапароскопічну холецистектомію у зв'язку з тяжкістю захворювання.

За наявності холелітіазу та холедохолітіазу у 2 (3,2%) випадках відповідно було виконано ЕРПХГ з папілосфінктеротомією і літоекстракцією та подальшою лапароскопічною холецистектомією.

З причини пізньої діагностики гострого панкреатиту, виникнення ускладнень (надмірне накопичення рідини, прогресування гострого інфікованого панкреонекрозу, ускладне-

ного перитонітом) відкриті оперативні втручання виконано у 24 (38,7%) випадках, що включали лапаротомію з виконанням кесарева розтину, некрсеквестректомією підшлункової залози, дренажуванням сальникової сумки, і у трьох випадках перитоніту на тлі гострого панкреатиту було проведено гістеректомію без додатків матки.

Один, найбільш тяжкий, випадок гострого панкреатиту на тлі септичних ускладнень, перитоніту після розродження шляхом кесарева розтину на 38-у тиждні вагітності й проведеної гістеректомії закінчився летально (випадок материнської смертності). Незважаючи на проведені хірургічні заходи та розширений спектр потужної консервативної терапії покращити перебіг захворювання не вдалося у зв'язку з виникненням септичних ускладнень та поліорганної недостатності.

Отже, використання розробленого комплексного лікувально-діагностичного алгоритму з доповненням лабораторних методів діагностики та визначенням панкреатичної еластази сироватки крові дозволило виявити гострий панкреатит в основній групі на ранній стадії захворювання у 100% хворих вагітних проти 48,4% – у групі порівняння. Це дозволило вчасно розпочати специфічне лікування гострого панкреатиту та обмежитись лише консервативними заходами в основній групі у 44,3% проти 33,9% у групі порівняння. Також досягнуте покращання результатів лікування основної групи пов'язане з використанням малоінвазивних втручань шляхом виконання пункцій та лапароскопічних операцій. Лише у 3 (4,9%) випадках у III триместрі вагітності проведено розродження шляхом кесарева розтину з виконанням хірургічного втручання на підшлунковій залозі з дренажуванням сальникової сумки, що дозволило уникнути летальності.

З огляду на те, що у групі порівняння, де були проведені традиційні методи діагностики, діагноз гострого панкреатиту було встановлено лише на  $8 \pm 2,0$  доби від початку захворювання, у 26 (41,9%) випадках це призвело до розвитку ускладнень, які підтверджуються кількістю відкритих хірургічних втручань. Також це призвело до ускладнень перебігу вагітності і пологів та одного випадку материнської летальності.

## ВИСНОВКИ

1. Рання діагностика гострого панкреатиту у вагітних окрім детального вивчення анамнезу захворювання і скарг, результатів традиційних лабораторних біохімічних показників альфа-амілази та ліпази крові, УЗД ґрунтується на визначенні рівня панкреатичної еластази сироватки крові, що в основній групі підтвердило її високу прогностичну цінність (100% випадків).

2. Використання розробленого діагностично-лікувального алгоритму ведення гострого панкреатиту у вагітних основної групи дозволило досягнути ефекту від консервативної терапії у 27 (44,3%) вагітних, суттєво зменшити кількість хірургічних втручань, ускладнень вагітності і пологів, зменшити показники перинатальної і материнської захворюваності та смертності порівняно з контрольною групою ( $p \leq 0,05$ ).

3. Запорука успіху комплексного лікування гострого панкреатиту на тлі вагітності – злагоджена робота лікарів акушерів-гінекологів, хірургів та анестезіологів.

## Ведение беременности и родоразрешения женщин на фоне острого панкреатита

О.В. Голяновский, Я.П. Фелештинский, Т.П. Павлив, Д.А. Гончаренко

Частота острого панкреатита во время беременности составляет от 1:1000 до 1:10 000 родов. Билиарный панкреатит усложняет от 1:1500 до 1:3300 беременностей. Развитие осложненного течения беременности и родов связано с трудностями диагностики панкреатита, поздним установлением диагноза и неопределенностью лечебной тактики.

**Цель исследования:** совершенствование ранней диагностики и комплексного лечения острого панкреатита у беременных с целью уменьшения показателей осложнений со стороны матери и плода/новорожденного.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов диагностики и комплексного лечения 123 беременных в сроках 16–38 нед гестации. Основная группа (I) – 61 беременная с острым панкреатитом, находившиеся на лечении в период с 2012 по 2018 г., у которых применяли разработанный диагностически-лечебный алгоритм; группа сравнения (II) – 62 беременные, находившиеся на лечении в период с 2006 по 2012 г., у которых использовали традиционные методы лечения и диагностики.

**Результаты.** В основной группе при применении диагностически-лечебного алгоритма в 100% случаев был выявлен острый панкреатит на ранней стадии заболевания, что позволило получить эффект от консервативной терапии у 27 (44,3%) беременных, а у 31 (50,8%) – с использованием родоразрешения и хирургических вмешательств, а также избежать послеоперационной летальности, тогда как в группе сравнения эффект от консервативного лечения был достигнут только в 21 (33,9%) случае, а летальность составила 1 (1,6%) на фоне панкреонекроза и инфекционных осложнений. В группе сравнения у 26 (41,9%) пациенток этот диагноз был установлен на 8±2,1 сут от начала заболевания.

**Заключение.** Применение комплексного диагностически-лечебного алгоритма по сравнению с традиционными методами позволяет диагностировать острый панкреатит у беременных на ранней стадии, уменьшить число осложнений и снизить летальность.

**Ключевые слова:** беременность, острый панкреатит, диагностика, лечение.

## Features of early diagnosis and treatment tactics of acute pancreatitis in pregnant women

O.V. Golyanovskiy, Ya.P. Feleshtynskiy, T.P. Pavliv, D.O. Goncharenko

The frequency of acute pancreatitis during pregnancy is from 1: 1000 to 1:10 000 of deliveries. Biliary pancreatitis complicates the pregnancies from 1: 1500 to 1: 3300. The development of complications is associated with difficulty in diagnosis and late determination of diagnosis.

**The objective:** improvement of early diagnosis and complex treatment of acute pancreatitis in pregnant women in order to reduce the complications of the mother and the fetus / newborn.

**Materials and methods.** The analysis of diagnostic results and complex treatment of 123 pregnant women was carried out. The treatment group consisted of 61 pregnant women with acute pancreatitis for the period from 2012–2018, using the developed diagnostic and treatment algorithm and the experimental group included 62 pregnant women, from 2006 to 2012, using traditional methods of treatment and diagnosis.

**Results.** In the treatment group, when applying the diagnostic and treatment algorithm, 100% of patients had acute pancreatitis at an early stage of the disease, which allowed us to obtain the effect of conservative therapy in 27 (44.3%) pregnant women, in 31 (50.8%) cases with the use of delivery and surgical interventions and avoid postoperative lethality, whereas in the experimental group, the effect of conservative treatment was only in 21 (33.9%) cases, and the mortality rate was 1 (1.6%) with pancreonecrosis. In the experimental group in 26 (41.9%) patients, this diagnosis was established only on day 8 ± 2.1 from the onset of the disease.

**Conclusion.** The use of a diagnostic and therapeutic algorithm in comparison with traditional methods can diagnose acute pancreatitis in pregnant women at an early stage, reduce the number of pregnancy complications and maternal mortality.

**Key words:** pregnancy, acute pancreatitis, diagnosis, treatment.

## Сведения об авторах

**Голяновский Олег Владимирович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30; тел.: (044) 489-49-35. E-mail: [obstet.gynec@gmail.com](mailto:obstet.gynec@gmail.com)

**Фелештинский Ярослав Петрович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30; тел.: (044) 42-98-27. E-mail: [surgeryproctology@ukr.net](mailto:surgeryproctology@ukr.net)

**Павлив Татьяна Петровна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30; тел.: (050) 728-22-80. E-mail: [teaaana@gmail.com](mailto:teaaana@gmail.com)

**Гончаренко Дмитрий Александрович** – Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 03680, г. Киев, ул. Героев Севастополя, 30; тел.: (097) 930-00-29

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D, Hammel P. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol.* 2014 Feb; 34(2): 87–94. Published online 2013 Dec 19. Doi: 10.1038/jp.2013.161.
- Scott Tenner, John Baillie, John DeWitt, Santhi Swaroop Vege, American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol.* 2013 Sep; 108(9): 1400–1416. Published online 2013 Jul 30. Doi: 10.1038/ajg.2013.218.
- Mamchich V.I., Goljanovskij O.V., Kandaurova I.V., Pilipenko T.Ju., Josipenko M.A., Litvinec Ju.O. Особенности диагностики и лечения острого панкреатита у беременных // *Хирургия Украины.* – 2015. – № 4. – С. 28–32.
- Bereznytskyi Ya. S., Duka R. V. та in. Rezultaty likuvannia patsientiv z hostryim pankreatytom v umovakh bahatoprofilnoho khirurhichnoho statsionaru // *Zb. nauk. pr. spivrobot. NMAPO imeni P.L. Shupyka.* – 2014. – № 23 (2). – С. 54–61.
- Dronov A.I. Особенности патогенетического подхода к лечению острого некротического панкреатита / A.I. Dronov, I.A. Koval'skaja, V.Ju. Uvarov // *Український журнал хірургії.* – 2013. – № 3. – С. 145–149.
- Kopchak K.V., Duvalko A.V., Pererva L.A., Davidenko N.G., Kvasivka A.A., Suhachev S.V. (2013). Pervyj opyt laparoskopicheskoy no-touch pankreatoduodenal'noj rezekcii. *Klinicheskaja hirurgija*, (9), 73–74.
- Eremina E. Ju. Pankreatit u beremennyh // *PM.* – 2012. – № 3 (58).
- Wilcox C. M., Varadarajulu S., Morgan D., Christein J. Progress in the management of necrotizing pancreatitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010 Dec; 4(6): 701–708. Doi: 10.1586/egh.10.75.
- Feleshtynskiy Ya.P., Bondarenko M.D., Bondarchuk B.H., Karpenko O.V. Analiz rezultativ likuvannia hostroho pankreatytu v Kyivskii oblasti // *Khirurgiia Ukrainy.* – 2016. – № 3. – С. 44–49.
- Shherbakov V.I. // *Akusherstvo i ginekologija: nauchno-prakticheskij zhurnal.* – 2017. – № 3. – С. 50–54.
- Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks [et al.] // *Gut.* – 2013. – Vol. 62. – P. 102–111. Doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779.

Статья поступила в редакцию 29.06.2018