

# Особенности ведения беременности и родоразрешения на фоне острого панкреатита (клинический случай)

О.В. Голяновский<sup>1,2</sup>, В.И. Мамчич<sup>1</sup>, Л.А. Журавлева<sup>1,2</sup>, А.Б. Шутка<sup>3</sup>, И.Д. Галич<sup>1,2</sup>, М.А. Бачинская<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

<sup>2</sup>Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка

<sup>3</sup>Департамент охраны здоровья КОГА

В статье представлены современные данные по этиологии и патогенезу, диагностике, лечению острого панкреатита и особенностям его течения у беременных. Приведен клинический случай успешной комплексной терапии беременной с острым отечным панкреатитом, дистрессом плода и описано родоразрешение путем кесарева сечения с дальнейшим хирургическим лечением. Предложены основные направления лечения тяжелых форм панкреатита у беременных при хирургическом лечении и дренировании сальниковой сумки. **Ключевые слова:** беременность, острый панкреатит, родоразрешение.

Частота заболевания острым панкреатитом у беременных, по исследованиям американских ученых, значительно ниже общих показателей у обычных пациентов (1200 случаев госпитализации, статистика США) [1] и составляет примерно 1 случай (3 случая [2]) на 10 000 беременных, но может привести к тяжелым последствиям: материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Острый панкреатит – это полиэтиологическое заболевание, которое рассматривают как асептическое воспаление поджелудочной железы с жировым и протеазным компонентом, вызывает в дальнейшем развитие панкреонекроза, к которому довольно часто присоединяется вторичная инфекция. Панкреатит возникает в любом сроке беременности, но чаще в III триместре.

Заболевание проявляется болью в эпигастральной и околопупочной областях, часто с иррадиацией в спину, сопровождается тошнотой, рвотой, обезвоживанием, повышением температуры тела, желтушностью кожных покровов и склер. Иногда отмечают неврологические симптомы, головную боль, спутанность сознания. Состояние быстро становится тяжелым, отмечают симптомы общей интоксикации, тахикардии, артериальной гипотензии, а в тяжелых случаях характеризуется коллапсом и шоком.

Диагностика острого панкреатита во время беременности затруднена в связи с подобием симптомов других болезней. Ранний гестоз имеет подобные симптомы, такие, как рвота, тошнота и понос, похожие на симптомы панкреатита. Возникновение этих симптомов до 12-й недели беременности считается признаками раннего гестоза, после 12-й недели – симптомами хронического панкреатита. Также следует исключить симптомы таких болезней, как синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, гепатит и хронический холецистит.

Для более точного определения диагноза заболевания обычно назначают дополнительное обследование. Общий и биохимический анализы крови могут свидетельствовать о снижении уровня гемоглобина, в результате нарушения всасывания железа в кишечнике, повышение уровня АЛТ и

АСТ при обострении панкреатита, повышение активности амилазы, высокий уровень триглицеридов, повышение фракции свободного билирубина. Анализ кала – один из основных методов диагностики нарушения функции поджелудочной железы, он свидетельствует о нарушении переваривания жиров, белков и углеводов, избыточный рост микрофлоры кишечника. УЗИ безопасно для плода и в случае панкреатита указывает на увеличение или уменьшение поджелудочной железы, уплотнение тканей, расширение общего желчного протока вследствие нарушения оттока желчи, но имеет ограничение на поздних сроках беременности. Рентгеновские исследования и компьютерная томография во время беременности противопоказаны.

Сложность лечения острого панкреатита у беременных связана с ограничениями в приемлемых методах лечения, использование определенных групп лекарственных препаратов и затрудненной диагностикой заболевания, в связи с чем наблюдается более высокий уровень материнской смертности 39 (обычные пациенты – 6 случаев) и высокой перинатальную смертность – 38 на 1000 случаев. Течение заболевания более тяжелое, чем у обычных пациентов, и связано с механическими нарушениями для оттока панкреатического сока и изменениями уровня гормонального на фоне беременности.

Лечение необходимо начинать как можно раньше, применяя консервативные методы интенсивной терапии: голод, обезболивающие и спазмолитические препараты, антибактериальные средства и пробиотики, ингибиторы протеаз, H<sub>2</sub>-блокаторы и инфузионная терапия с учетом диуреза. Хирургическое лечение беременных с острым панкреатитом значительно повышает риск развития осложнений и число летальных исходов, но в некоторых тяжелых случаях при отечной форме панкреатита, панкреонекроза, вторичного инфицирования и развития перитонита, именно своевременное хирургическое лечение приводит к выздоровлению больных.

Учитывая редкость заболевания у беременных, разнообразие клинической картины, отсутствие четких рекомендаций к хирургическому лечению в разные сроки беременности, по нашему мнению, ценно клиническое рассмотрение каждого случая тяжелой формы панкреатита на фоне беременности с последующей разработкой алгоритма диагностики и лечения данной тяжелой патологии.

**Цель исследования:** представление широкой аудитории врачей клинического случая из нашей практики, который объединил тяжелую хирургическую патологию – отечную форму острого панкреатита и дистресс плода с последующим родоразрешением беременной путем кесарева сечения и хирургического лечения панкреатита, успешно проведенного в Киевском областном центре охраны здоровья матери и ребенка (КОЦОЗМиР).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдали и родоразрешали женщину с обострением хронического холецистопанкреатита и развитием отечной формы панкреатита на фоне доношенной беременности с началом родов, которые осложнились лобным предлежанием и дистрессом плода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Беременная К., 28 лет, доставлена каретой скорой помощи во второе акушерское отделение (КОЦОЗМИР) 05.11.2014 г. по переводу из хирургического отделения Ирпенской ЦРБ с жалобами на боль в эпигастральной области, задержку отхождения газов и тянущую боль внизу живота. Из анамнеза заболевания установлено, что последние 3 года страдает периодическими обострениями холецистопанкреатита, по поводу которого системно не обследовалась и не лечилась. Гинекологических заболеваний не было. Беременность третья, родов – 2 через естественные пути, без осложнений (2011 и 2013 гг.).

Осмотрена консилиумом врачей в составе главного врача, заведующего кафедрой, дежурных врачей акушеров-гинекологов, дежурного хирурга. Уставлен диагноз: Беременность III, 38 нед. Головное предлежание плода. Предвестники III родов. Острый панкреатит на фоне хронического рецидивирующего холецистопанкреатита. Показаний к срочному хирургическому лечению не выявлено. Назначено консервативное лечение. Выработан план ведения родов: с развитием регулярной родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути, в родах следить за состоянием плода и роженицы.

Проведено полное клинико-лабораторное обследование беременной, УЗИ плода, кардиотокографическое исследование. Изменений состояния плода не выявлено; анализ крови на альфа-амилазу – значительное повышение уровня фермента в крови – 4700 ед.

В 22.30 05.11.2014 г. развилась регулярная родовая деятельность. Роды начали вести консервативно, согласно ранее выработанному плану через естественные родовые пути. В 23.00 на фоне регулярной родовой деятельности пожаловалась на появление сильной боли в эпигастральной области с иррадиацией в позвоночник. При внутреннем акушерском исследовании обнаружено лобное предлежание плода, во время акушерского исследования излились густые мекониальные околоплодные воды.

Дежурной бригадой решено созвать консилиум в составе заведующего кафедрой, главного врача, областного акушера-гинеколога, дежурного хирурга. В 23.25 консилиумом был уставлен диагноз: Беременность III, 38 нед. Головное предлежание плода. I период III родов. Лобное предлежание плода. Дистресс плода. Острый панкреатит. Решено закончить роды путем ургентного кесарева сечения с последующим (совместно с хирургом) проведением ревизии брюшной полости и дренированием брюшной полости и сальниковой сумки.

В 23.43 05.11.2014 г. начали выполнять кесарево сечение. В брюшной полости обнаружено до 500 мл зеленовато-коричневой жидкости (экссудат). Брюшная полость санирована от экссудата – отправлен на исследование (показатель альфа-амилазы выпота брюшной полости составил 9618 ед.).

В 23.50 извлечен живой доношенный мальчик массой тела 3700,0; длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 5–7 баллов. Дальнейший ход операции – без особенностей. К составу операционной бригады присоединился хирург для выполнения ревизии брюшной полости. Лапаротомия продлена до мечевидного отростка. При ревизии брюшной полости обнаружено: в брюшной полости до 500 мл светло-зеленой жидкости без запаха и фибрина – отправлена на исследование.

Париетальная и висцеральная брюшина в непосредственной близости от поджелудочной железы набухшая с участками стеатонекроза до 2–3 мм в диаметре. Петли тонкой и толстой кишки не расширены, перистальтируют. Рассечена сальниковая сумка, аспирировано до 150 мл светло-коричневой жидкости (забор для бактериологического исследования, анализ на содержание альфа-амилазы). Поджелудочная железа увеличена в размерах, отечная. Отек распространяется на парапанкреатическую клетчатку. Признаков деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей не обнаружено. Желчный пузырь не увеличен, признаков билиарной компрессии нет. Некресевертратомию не проводили из-за отсутствия субстрата. Брюшная полость санирована раствором антисептика в объеме до 2 л. Проведена марсупиализация сальниковой сумки и ее дренирование. Брюшная полость также дренирована. Брюшная стенка послойно ушита. Тактика операции согласована с профессором кафедры хирургии, главным областным хирургом. Больная переведена в отделение акушерской интенсивной терапии.

Назначен комплекс мероприятий, которые были направлены на профилактику тромбоэмболических и септических осложнений, гипостатической пневмонии: постельный режим, голод, назогастральный зонд, инфузионная терапия из расчета физиологических и патологических потерь с учетом полного голода – первые четыре суток объем инфузии до 5 л (растворы электролитов, дезагреганты, дезинтоксикационные препараты, белковые препараты, парентеральное питание).

Ведение послеоперационного периода:

1. Продолжить интенсивное наблюдение и лечение в условиях палаты интенсивной терапии акушерского отделения с консультированием и общим лечением панкреатита вместе с хирургами.

2. Контроль жизненных функций организма (пульс, артериальное давление, температура тела, диурез, лабораторные показатели крови, биохимические показатели, коагулограмма, электролиты крови, анализы мочи).

3. Катетеризация центральной вены для контроля центрального венозного давления (ЦВД) и объема инфузионно-трансфузионной терапии.

4. Продолжить антибактериальную терапию (метрогил и цефаласпорины IV поколения); терапию, направленную на снижение ферментативной активности поджелудочной железы (сандостатин, гордокс), H<sub>2</sub>-блокаторы, ингибиторы протонной помпы, инфузионно-трансфузионную терапию, утеротоническую терапию, симптоматическую терапию системных нарушений.

5. Интенсивное наблюдение и коррекция органических нарушений. Вопросы, связанные с санацией брюшной полости, решать совместно с хирургами.

Ежедневно проводи осмотры больной консилиумом в составе заведующего кафедрой, главного врача, главного акушера-гинеколога, врачей-ординаторов и хирургов. Течение послеоперационного периода сопровождалось вторичной анемией, периодической гипертермией, что требовало комплексной антибактериальной терапии, санации брюшной полости и сальниковой сумки антисептическими растворами, проведения инфузионно-трансфузионной терапии, использование препаратов, которые являются ингибиторами ферментативной активности поджелудочной железы и секреции желудка.

На 3-й день после операции у больной отмечено тахипноэ. Частота дыхания достигала 30–32 в 1 мин, снизилась сатурация до 90, наблюдали артериальную гипертензию (140/100), увеличилось ЦВД – до 12 см вод. ст. В связи с этим начали активировать большую; назначена дыхательная и минимальная лечебная гимнастика. Кроме того, тщательно рассчитывали объем инфузионной терапии так, чтобы свести суточный гемогидробаланс к нулю.

Динамика лабораторных показателей в период пребывания больной в ОАИТ

| Показатели                    | Показатели по дате |      |      |      |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------|--------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                               | 5.11               | 6.11 | 7.11 | 9.11 | 10.11 | 12.11 | 13.11 | 14.11 | 15.11 | 16.11 | 17.11 | 18.11 |
| Нв, г/л                       | 128                | 78   | 88   | 91   | 90    | 85    | 91    | 95    | 99    | 101   | 104   | 106   |
| Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л | 13,5               | 11,4 | 10,7 | 9,6  | 9,4   | 8,4   | 8,1   | 7,9   | 7,7   | 8,1   | 7,8   | 7,6   |
| Палочкоядерные                | 16                 | 14   | 13   | 11   | 9     | 5     | 5     | 6     | 4     | 4     | 3     | 3     |
| Общий белок, г/л              | 51,2               | 44,0 | 42,5 | 44,5 | 47,2  | 54,9  | 55,8  | 54,8  | 55,4  | 55,9  | 59,6  | 58,7  |
| Билирубин, мкмоль/л           | 43,5               | 22,6 | 17,4 | 8,9  | 9,0   | 8,2   | 8,5   | 8,3   | 8,8   | 8,4   | 7,9   | 8,0   |
| Диастаза крови, ед.           | 6700               | 1024 | 1024 | 512  | 256   | 256   | 256   | 256   | 128   | 64    | 64    | 32    |
| Диастаза мочи, ед.            | 3500               | 2048 | 2048 | 1024 | 1024  | 512   | 512   | 512   | 512   | 512   | 128   | 64    |

В первые 3 дня послеоперационного периода уровень билирубина крови, количество лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов приблизилось к норме. Течение послеоперационного периода характеризовалось выраженной гипопроотеинемией, железодефицитной анемией средней степени тяжести, высоким уровнем диастазы крови и мочи (в течение первых 5 сут), нормогликемией, гипокальциемией (таблица). Показатели свертывания крови, функции почек были в пределах нормы.

На пятые сутки послеоперационного периода произошло улучшение общего состояния роженицы, уменьшилось количество экссудата из дренажных трубок. Начато энтеральное питание.

08.11.2014 г. проведен осмотр и УЗИ органов малого таза: матка однородной эхоструктуры, размерами 11,9×10,4×9,6 см. Полость матки не расширена. Швы на матке способны. В заднем своде свободная жидкость не визуализируется. Придатки не визуализируются. Заключение: послеоперационный период, 3-и сутки после операции кесарева сечения, санации и дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. Рекомендовано: продолжить лечение в условиях палаты интенсивной терапии. Динамическое наблюдение и консультирование хирургов.

10.11.2014 г. при очередном осмотре консилиумом удалены дренажи из малого таза, удален назогастральный зонд.

12.11.2014 г. проведен осмотр и повторное УЗИ органов малого таза: тело матки однородной эхоструктуры, размерами 93×77×67 см. Полость не расширена. Швы на матке способны. Придатки матки не визуализируются. В заднем своде незначительное количество эхонегативного содержания. Диагноз: послеоперационный период, 7-е сутки после операции кесарева сечения, санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, нормальное течение послеродового периода, нормальная инволюция матки. Рекомендовано: продолжить лечение панкреатита в условиях хирургического лечения областной больницы.

12.11.2014 г. больная в состоянии средней тяжести переведена в хирургическое отделение областной больницы для дальнейшего наблюдения и лечения панкреатита с ежедневным консультированием акушера-гинеколога.

05.12.2014 г. женщина выписана домой с новорожденным в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового акушера-гинеколога и хирурга. Заживление лапаротомной раны per primam.

Вопросы ведения беременности, ее прерывания и родоразрешения на фоне острого панкреатита имеют дискуссионный характер, а следовательно, должны решаться индивидуально и зависеть, с одной стороны, от формы и осложнений панкреатита, а с другой – от срока и осложнений течения беременности. При острой фазе заболевания прерывание беременности возможно только по строгим акушерско-гинекологическим показаниям.

Методы родоразрешения беременных с острым панкреатитом зависят от степени тяжести соматического заболевания и возможных акушерских осложнений. Если течение острого панкреатита не осложняется и есть положительная динамика лечения заболевания, отсутствуют акушерские осложнения, то предпочтение отдают родам через естественные родовые пути.

В случае развития инфекционных осложнений, отечной формы острого панкреатита, панкреонекроза или перитонита выполняют кесарево сечение с последующим хирургическим лечением, санацией и дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. Необходимость в проведении гистерэктомии решается индивидуально, в большинстве случаев такой объем оправдан при развитии перитонита. В нашем конкретном случае при выполнении кесарева сечения не было признаков перитонита, визуальных некротических изменений поджелудочной железы, отмечен розовый цвет и нормальная перистальтика кишечника – поэтому было решено не проводить экстирпацию матки. Но несмотря на выраженный экссудативный процесс в брюшной полости, отечную форму панкреатита, агрессивность экссудата и с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений было проведено дренирование малого таза, брюшной полости и сальниковой сумки активными дренажами для оттока экссудата и проведения санации антисептиками.

## ВЫВОДЫ

Описанный случай отечной формы острого панкреатита в КОЦОЗМиР при отсутствии гнойно-воспалительных осложнений органов малого таза и брюшной полости подтвердил правильность выбранной органосохраняющей тактики лечения этой жизнеопасной патологии на фоне доношенной беременности и акушерских осложнений (лобное предлежание и дистресс плода).

Мы убеждены в необходимости хирургического лечения тяжелых форм острого панкреатита, которые осложняются отеком поджелудочной железы с образованием экссудата в брюшной полости, вторичным присоединением инфекции и образованием деструктивных форм. В таких случаях просто необходимо проведение ревизии органов брюшной полости, санации брюшной полости и сальниковой сумки антисептическими растворами с обязательной комплексной интенсивной инфузионно-трансфузионной и медикаментозной терапией, мониторингом жизненно важных функций организма.

Залог успеха в комплексном лечении острого панкреатита на фоне беременности – слаженная работа врачей акушеров-гинекологов, хирургов и анестезиологов.

С целью профилактики панкреатита у женщин необходимо пропагандировать здоровый образ жизни и питания до беременности, своевременно диагностировать заболевания гепатобилиарной системы и пищеварительного тракта.

**Особенности ведения вагітності та розродження на тлі гострого панкреатиту (клінічний випадок)**  
**О.В. Голяновська, В.І. Мамчин, Л.А. Журавльова, А.Б. Шутка, І.Д. Галич, М.А. Бачинська**

**Features of pregnancy and delivery on the background of acute pancreatitis (case)**  
**O.V. Golyanovskiy, V.I. Mamchich, L.A. Zhuravleva, A.B. Shutka, I.D. Galich, M.A. Bachinskaya**

У статті представлено сучасні дані про етіологію та патогенез, діагностику, лікування гострого панкреатиту та про особливості його перебігу у вагітних. Наведено клінічний випадок успішної комплексної терапії вагітної з гострим набряковим панкреатитом, дистресом плода та описано розродження шляхом кесарева розтину з подальшим хірургічним лікуванням. Запропоновано основні напрямки лікування тяжких форм панкреатиту у вагітних з хірургічним лікуванням та дренажуванням чепцевої сумки.

**Ключові слова:** вагітність, гострий панкреатит, розродження.

The article presents the current data on the etiology and pathogenesis, diagnosis, treatment of acute pancreatitis and features of the flow in pregnant women. Clinical case of successful complex therapy pregnant women with acute edematous pancreatitis, fetal distress and cesarean delivery with further surgery was submitted. The main directions in the treatment of severe pancreatitis in pregnant women with surgical treatment and drainage of omental bursa have been proposed.

**Key words:** pregnancy, acute pancreatitis, accouchement.

### Сведения об авторах

**Голяновский Олег Владимирович** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 489-49-35

**Мамчич Владимир Иванович** – Кафедра хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**Журавлева Лариса Андреевна** – КУ КОР Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, кафедра акушерства и гинекологии №1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1

**Шутка Андрей Богданович** – Департамент охраны здоровья КОГА, 04053, г. Киев, ул. Артема, 45; тел./факс (044) 484-17-58

**Галич Илья Дмитриевич** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1

**Бачинская Марина Анатольевна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-49-35

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство / Э.К. Айламазян. – Санкт-Петербург: Издательство Н-Л, 2002. – 432 с.
2. Ермолов А.С. Диагностика и лечение острого панкреатита: учебное пособие для врачей /А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов, В.Г. Андреев. – М.: РМАПО, 2005. – 34 с.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: монография / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Трианда-Х, 2005. – С. 258–267.
5. Acute Pancreatitis In Pregnancy, S. Sahu, S. Raghuvanshi, D. Bahl, P. Sachan. The Internet Journal of Surgery. 2006 Volume 11 Number, Internet Scientific Publications.
6. Kumar Juneja, Shweta Gupta, Satpal Singh Virk, Pooja Tandon, Vidushi Binda Sunill, Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience,- July-December 2013, 3 (2):122–125: DOI:10.4103/2229-516X.117090 PMID:24083148.
7. Tea Stimac and Davor Stimac (2012). Acute Pancreatitis During Pregnancy, Acute Pancreatitis, Prof. Luis Rodrigo (Ed.), ISBN: 978-953-307-984-4, InTech, Available.
8. Timothy Gardner, MD, National Pancreas Foundation Mission, Gardner Timothy, ACUTE PANCREATITIS AND PREGNANCY.

Статья поступила в редакцию 21.01.2015