

ID: 2019-02-24-A-18504

Краткое сообщение

Широкова И.А., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Самарина Д.В.

### Холецистопанкреатиты у беременных

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

#### Резюме

Цель исследования: показать результаты лечения беременных с холецистопанкреатитом.

Материал исследования: анализ 142 историй болезней пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015 г.по2017 г.

Результаты. В ходе исследования выяснилось, что в хирургическом стационаре находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита»-98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит»-44 пациентки. Больным была проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями, связанными с нарушением беременности. Помогали в диагностике тщательный сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования. Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое. Хирургическое лечение было строго по показаниям, при этом потенциальный риск для плода был сведен к минимуму. Проводился КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

В результате проведенного исследования было установлено, что для диагностики такой хирургической патологии должен соблюдаться алгоритм обследования беременных женщин. Решение о дальнейшей тактике необходимо принимать совместно с хирургом и акушером-гинекологом.

**Ключевые слова:** панкреатит, холецистит, беременность, диагностика, лечение

#### Введение

Несмотря на то, что беременность-это физиологическое состояние организма, она также является периодом повышенной нагрузки на все органы, особенно значительной для женщин, уже имеющих ту или иную патологию. Наиболее частые причины острой хирургической патологии у беременных - поражение аппендикса до 88%, также в большей степени - желчного пузыря, поджелудочной железы до 10%, и другие причины-2% [1]. На сегодняшний день одной из актуальных акушерско-хирургических проблем являются холецистопанкреатиты у беременных.

**Цель:** показать результаты лечения беременных с холецистопанкреатитом.

#### Материал и методы

Проводился анализ 142 историй болезней пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015г.по2017 г.

#### Результаты

В ходе исследования выяснилось, что в хирургическом стационаре находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита» - 98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит» - 44 пациентки. Больным была проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями, связанными с нарушением беременности. Помогали в диагностике тщательный сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования. Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое. Хирургическое лечение было строго по показаниям, при этом потенциальный риск для плода был сведен к минимуму. Проводился КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

#### Обсуждение

Во время беременности клиническая картина значительно меняется, что затрудняет их диагностику. Беременность изменяет не только топографию органов брюшной полости, но и ответную реакцию организма на течение воспалительного процесса. Кроме повышенной опасности для матери, воспалительные заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая преждевременное ее прерывание, а нередко гибель плода или новорожденного.

Распространенность панкреатита увеличивается со сроком беременности 24% зарегистрированы в I триместре, 33%-во II триместре и 43%- в III триместре.[1]

По статистическим данным В.С. Савельев 1986года:

- болезни желчного пузыря являются 2 по частоте хирургическими заболеваниями при беременности.
- острый панкреатит занимает 4 место.

В ХО «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015г.по 2017г находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита»-98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит»-44 пациентки.

Холецистит и панкреатит- очень часто эти заболевания взаимосвязаны. Изначально поражается какой-то один орган, а их сочетанное воспаление приводит к нарушению процесса пищеварения и выраженному болевому синдрому.

Среди установленных причин развития холецистита и панкреатита у беременных наиболее часто регистрируются такие как:[2]

- Воздействие лекарственных препаратов (прием оральных контрацептивов в анамнезе (в два раза увеличивает риск формирования болезней желчного пузыря), тетрациклины, тиазидовые диуретики,)
- Во II и III триместрах - увеличение объема желчного пузыря почти в два раза, снижение его способности к опорожнению.
- Повышение литогенных свойств желчи.

- Изменение моторики желчевыводящих путей;
- Гипертриглицеридемия;
- Семейный панкреатит;
- Структурные аномалии поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки;
- Гестационная гипертензия;
- Токсикоаллергические факторы;
- Тяжелая травма живота;
- Сосудистая патология.

Предрасполагающие моменты к возникновению данных заболеваний у беременных являются:

- Повышение уровня ферментов (амилазы, липазы, кислых протеиназ) во второй половине беременности в результате активизации функций поджелудочной железы;
- Повышение содержания липидов в крови
- Повышение внутрибрюшного давления, что приводит к повышению интрадуоденального давления и интрадуктальному стазу в вирсунговом протоке и желчных путях;
- Постоянно имеющийся метаболический фон за счет нарушений минерального обмена, особенно при гестозах
- Стаз желчи и атония желчного пузыря вследствие действия прогестерона.

Клиническая картина такая же как у небеременных, но анатомические изменения, связанные с беременностью, затрудняют диагностику. Данные пациентки предъявляли такие жалобы:

1. Боль в правом подреберье и эпигастрии, часто опоясывающего характера.
2. Диспепсические расстройства: тошнота, рвота, плохой аппетит.
3. Синдром интоксикации организма: повышение температуры, ухудшение общего состояния.
4. При деструктивных формах панкреатита могут отмечаться неврологические симптомы: спутанность сознания, головная боль.

Больные госпитализировались в хирургическое отделение, где в ряде случаев проводилась дифференциальная диагностика с патологиями, связанными с нарушением беременности.

В I триместре развитие острого панкреатита совпадает с развитием раннего токсикоза или же протекает под маской раннего токсикоза, причем рвота у таких пациенток может продолжаться до 17-22 недель беременности и более. Те же симптомы диспепсии, длящиеся после 12 недель расценивают как симптомы обострения панкреатита.

ПОНРП- симптомы: боль, кровотечение, тахикардия.

УПБ- симптомы: тошнота, рвота, боль, кровотечение.

Помогали в диагностике лабораторные исследования:

1. Определение активности амилазы в крови и моче.
2. Определение активности липазы, липидный спектр крови.
3. В клиническом анализе крови у беременных выявляется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
4. Для оценки эндокринной функции поджелудочной железы исследуется гликемия натощак и уровень гликозилированного гемоглобина.
5. Функциональные показатели печени (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин).
6. Электролиты крови (кальций, натрий, магний, калий).

Всем больным выполнялось УЗИ, при котором определяется увеличение размеров и изменение структуры поджелудочной железы, размеры и толщину стенки желчного пузыря, неровность, нечеткость контуров, расширение протоков, кисты и псевдокисты, кальцинаты, камни, холестаз. При сроке беременности до 30 нед. УЗИ железы не представляет технических трудностей, однако в более поздние сроки ее визуализации может помешать матка- доступным для осмотра остается только тело железы.

До 32 недель возможно проведение ФГДС, при котором обнаруживают косвенные признаки панкреатита и позволяет оценить состояние верхних отделов ЖКТ.

С целью исключения деструктивных форм панкреатита проводилось МРТ исследование после 12 недели беременности.

Всем беременным назначалось УЗИ органов малого таза и плода.

Традиционные методы обследования поджелудочной железы (панкреатическое зондирование, ангиография, ретроградная панкреатография) у беременных неприменимы.

Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое.

Основные направления консервативной терапии холецистопанкреатитов были направлены на устранение абдоминальной боли, симптомов диспепсии, интоксикации, воспалительных изменений паренхимы поджелудочной железы, её эндокринной недостаточности, предотвращение осложнений. [3]

1. Голод (24-48 часов);
2. для подавления функции поджелудочной железы производили аспирацию желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда;
3. инфузия жидкостей;
4. анальгетики и спазмолитики - но-пша 2%-2 мл, баралгин 5 мл, папаверина гидрохлорид 2%-2 мл, промедол 2%-1 мл.

При наличии тяжелых форм панкреатита назначался целый комплекс лечения с целью спасения жизни пациентки, включающий в себя также:

5. антибактериальная терапия - цефтриаксон, в тяжелых случаях назначались карбапенемы;
6. парентеральное питание;
7. препараты соматостатина – октреотид.

Если совместно с панкреатитом наблюдался повышенный тонус матки, то включались препараты, расслабляющие ее гладкую мускулатуру ( 25% раствор сульфата магния, В2-адреномиметики - гинипрал).

Показания к хирургическому лечению [2]

- Перитонит;
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии, проводимой в течение 2-3 дней, у больных с острым калькулезным обтурационным холециститом;
- Острый холецистит, осложненный перитонитом;
- Острый холецистит, осложненный механической желтухой;
- Деструктивные формы панкреатита;
- Абсцесс сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны.

Потенциальный риск для плода при выполнении хирургических вмешательств должен быть сведен к минимуму. В настоящее время наркоз достаточно безопасен во время беременности, однако может повышать частоту самопроизвольных абортов, особенно в I триместре. Применение анальгетиков в целом не дает выраженных побочных эффектов. У беременных допустимо использовать антибиотики трех групп - цефалоспорины, пенициллины, макролиды, не рекомендуются сульфаниламиды и аминогликозиды, категорически противопоказаны тетрациклины. Рентгеновское облучение проводится беременным только в том случае, если риск недиагностированной хирургической патологии превышает риск облучения плода.

Принципы хирургических вмешательств включают в себя: адекватную гидратацию и соответствующую премедикацию, не уменьшающую оксигенацию крови матери и плода. Необходимо обеспечить адекватную анестезию. Нужно предупреждать материнскую гипотензию (избегать положения на спине).

Следует избегать излишних манипуляций на беременной матке. Для диагностики гипоксии плода при хирургических вмешательствах на поздних сроках беременности показан КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

#### ***Хирургическое лечение при поражении желчного пузыря***

При обтурационном холецистите при отсутствии эффекта от консервативной терапии в срочном порядке выполнялась холецистэктомия. Её проводили путем чревосечения, а при сроке беременности, не превышающем 20 нед, можно использовать оперативную лапароскопию.

В хирургическом стационаре было выполнено оперативное вмешательство с помощью трансректального доступа двум пациенткам при сроке беременности 22-24 нед.

При положительном эффекте от консервативной терапии операцию выполняли в плановом порядке после родоразрешения.

В сроке беременности более 36 недель после стихания острого процесса было показано пациенткам досрочное родоразрешение через естественные родовые пути.

Кесарево сечение – только по акушерским показаниям проводилось.

#### ***Хирургическое лечение при поражении поджелудочной железы***

За годы наших наблюдений оперативных вмешательств беременных по поводу панкреонекроза не было, но была переведена родильница из другого стационара на 3 сутки после кесарево сечения с клиникой деструктивного панкреатита. В нашем стационаре пациентке было проведено оперативное вмешательство - выполнена мониторинговая лапароскопия и лапароскопическое дренирование брюшной полости, по поводу смешанного панкреонекроза, общего ферментативного перитонита. Также необходимо напомнить возможные варианты хирургического лечения при поражении поджелудочной железы.

1. При беременности до 12 недель в условиях панкреонекроза показано прерывание.
2. После 36 нед. - досрочное родоразрешение.
3. В III триместре при наличии панкреатогенного перитонита производится кесарево сечение с последующим удалением матки с трубами и широкое дренирование брюшной полости.

#### **Заключение**

В заключении своего доклада, хочу подчеркнуть актуальность рассмотренных нами заболеваний во время беременности. Что для их диагностики должен соблюдаться алгоритм обследования беременных женщин, с целью проведения дифференциальной диагностики хирургических и акушерских заболеваний. И определение дальнейшей тактики лечения пациенток совместно с хирургами и акушерами-гинекологами.

#### **Литература**

1. Еремина Е.Ю. Панкреатит у беременных.-Практическая медицина,2012;
2. Айламазян Э.К.Акушерство-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Под редакцией академика РАМН М.И. Кузина Хирургические болезни- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.