

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, А.В. Леднева, М.В. Варганов, В.И. Коробейников,
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава»

Стяжкина Светлана Николаевна – e-mail: vikgra@yandex.ru

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте в последние десятилетия заболеваемости острым панкреатитом, главным образом среди лиц трудоспособного возраста, с тенденцией к увеличению больных с тяжелым течением заболевания. У беременных заболевание протекает тяжелее. Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000—1:10 000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и чаще развивается в III триместре беременности и в послеродовом периоде. В 2009 году по поводу панкреонекроза в 1 РКБ г. Ижевска находились на лечении 2 молодые женщины в послеродовом периоде.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, беременность, послеродовый период.

Facts of the domestic and foreign literature are indicated about fast growth of the morbidity the acute pancreatitis at the last decade, mainly among persons working age, with trend to increase the sick with heavy current of the disease. The pregnant suffer from this disease more serious. The frequency of acute pancreatitis by pregnant is 1:3000—1:10000. As a rule, the disease is connected with the cholelithiasis and more often develops in III trimester of pregnancy and in puerperal period. In 2009 the 2 young women in postnatal period are received treatment at 1 Republican clinical hospital of the Izhevsk-city.

Key words: acute destructive pancreatitis, pregnancy, puerperal period.

Острый панкреатит – заболевание, представляющее собой воспалительно-деструктивные изменения поджелудочной железы, обусловленное внутриклеточной активацией панкреатических ферментов и аутолизом ацинарных клеток [1].

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте в последние десятилетия заболеваемости острым панкреатитом (от 200 до 800 на 1 млн населения в год) главным образом среди лиц трудоспособного возраста, с тенденцией к увеличению больных с тяжелым течением заболевания [2, 3, 4]. В России ежегодно болеют острым панкреатитом 500 тысяч человек [5].

Увеличивается и число деструктивных форм заболевания, которые составляют 20–44% среди больных острым панкреатитом [6]. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита составляет 20–50%, в зависимости от тяжести процесса [5].

У беременных женщин заболевание протекает тяжелее. Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000—1:10 000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и чаще развивается в III триместре беременности [7]. Формы процесса различны: от легкого отека поджелудочной железы до ее некроза. Причинами, способствующими развитию панкреатита во время беременности и в послеродовом периоде, являются: наличие желчнокаменной болезни (ЖКБ) или бескаменного холецистита, помимо этого, возникновение заболевания обусловлено еще и гормональной перестройкой организма в данном периоде, протекающей с явлениями токсикоза, и нарушением кровоснабжения в поджелудочной железе [8]. У беременных может развиваться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую оче-

редь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток.

В 2009 году в 1 РКБ г. Ижевска с признаками панкреонекроза поступили 2 молодые женщины в послеродовом периоде.

Пациентка 1 – молодая женщина 22 лет, находилась на лечении в хирургическом отделении 1 РКБ г. Ижевска 62 койко-дня с диагнозом: «Тотальный геморрагический панкреонекроз. Флегмона забрюшинного пространства. Разлитой ферментативный перитонит. Сепсис. ДВС-синдром».

Из анамнеза известно, что у больной на 5-й неделе беременности появились опоясывающие боли ноющего характера с основной локализацией в поясничной области. Она обратилась за медицинской помощью в женскую консультацию, где ее жалобы были расценены как признаки обострения хронического гломерулонефрита. Было проведено соответствующее лечение в условиях стационара. В последующем, в течение всей беременности молодая женщина периодически испытывала колющие жгучие боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. За медицинской помощью не обращалась, предполагала, что эти состояния связаны с токсикозом беременных. Родила в 40 недель здорового ребенка, роды протекали без осложнений, выписана на 5-й день из роддома. Через 20 дней после родов у женщины появились опоясывающие боли ноющего характера. Экстренно госпитализирована в ЦРБ по месту жительства, где находилась на лечении по поводу острого панкреатита. Через 9 дней для дальнейшего лечения переведена в 1 РКБ г. Ижевска с признаками тяжелого деструктивного панкреатита

в стадии гнойно-некротических осложнений. Больной была выполнена лапаротомия, экстирпация матки, холецистостомия, абдоминализация поджелудочной железы, ревизия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства. Далее было выполнено еще 6 плановых санаций брюшной полости. Пациентка получала адекватную комплексную интенсивную консервативную терапию: инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов, даларгин, контрикал, сандостатин, антибиотики широкого спектра действия, спазмолитики, обезболивающие, ронколейкин, нестероидные противовоспалительные средства, парентеральное питание. Лечение контролировалось состоянием поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки, брюшины во время плановых санаций, УЗИ, КТ брюшной полости, оценкой лабораторных показателей крови, особое значение уделялось наблюдению за иммунным статусом пациентки (иммунограммы в динамике), антибиотикотерапия корректировалась в зависимости от результатов посевов экссудата брюшной полости и чувствительности этой микрофлоры к антибиотикам. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением для дальнейшего амбулаторного наблюдения и реабилитации.

Пациентка 2 – молодая женщина 19 лет, находилась на лечении в хирургическом отделении 1 РКБ г. Ижевска 39 койко-дней с диагнозом: «Тотальный геморрагический панкреонекроз. Разлитой ферментативный перитонит».

Из анамнеза известно, что у больной на 19-й неделе беременности появились жгучие боли в подреберных областях. Она обратилась за медицинской помощью в одну из городских больниц г. Ижевска, где ее жалобы были расценены как признаки межреберной невралгии. В последующем, в течение 2 недель девушка периодически испытывала колющие жгучие боли в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращалась. Через 2 недели после употребления 200 мл шампанского появились сильные ноющие боли опоясывающего характера, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 37,2°C, экстренно была доставлена в ЦРБ по месту медобслуживания, где лечилась в стационаре с диагнозом «Острый пиелонефрит», киста бартолиниевой железы. В 35–36 недель вновь имел место приступ болей в эпигастрии опоясывающего характера, по поводу чего была госпитализирована в 1 РКБ г. Ижевска, выполнена операция кесарево сечение, родился живой здоровый ребенок. Через сутки после родоразрешения появились признаки эндотоксикоза и гнойно-септических осложнений в брюшной полости и в малом тазу, что явилось показанием к операции. Во время лапаротомии обнаружен тотальный панкреонекроз, разлитой перитонит, флегмона матки. Выполнена экстирпация матки, холецистостомия, ревизия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. Далее были выполнены еще 3 плановые санации брюшной полости. Комплексная интенсивная консервативная терапия, инструментальные и лабораторные методы исследования были аналогичными, как у

описанной выше пациентки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением для реабилитации в амбулаторных условиях.

В настоящее время, в январе 2010 года, в нашу клинику вновь поступила молодая женщина (32 года) в послеродовом периоде в тяжелом состоянии с клиникой острого деструктивного панкреатита в фазе гнойно-некротических поражений. Пациентке выполнена операция – лапаротомия, абдоминализация рана, вскрытие, санация, дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости, наложена холецистостома, затем выполнены уже 4 плановые санации брюшной полости. Больная получает адекватную интенсивную консервативную терапию с использованием сандостатина, ронколейкина, антибиотикотерапии.

Необходимо отметить, что у всех пациенток по данным УЗИ наблюдалась желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, то есть, вероятнее всего, острый панкреатит имел билиарную этиологию, а состояние беременности и роды явились фоном, способствующим для развития и тяжелого течения заболевания.

Специфика работы нашей республиканской клинической больницы состоит в лечении больных, доставленных санавиацией из районов Удмуртской Республики, которые зачастую находятся в крайне тяжелом состоянии и поступают на лечение в 1 РКБ г. Ижевска с признаками сепсиса и полиорганной недостаточности. Выше описанные пациентки также поступали из ЦРБ Удмуртской Республики, развитие у них панкреонекроза вызвано поздней диагностикой заболевания и соответственно поздно начатым медикаментозным и оперативным лечением.

Выводы

1. Развитие острого деструктивного панкреатита у молодых женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде чаще всего имеет билиарную этиологию и протекает более агрессивно и даже молниеносно.
2. Симптомы острого панкреатита во время беременности часто протекают под маской токсикоза и не расцениваются как признаки острой патологии брюшной полости, в частности панкреатобилиарной системы.
3. Ведение беременных с острым панкреатитом должно быть совместным: хирургом и акушером-гинекологом, чтобы вовремя решить вопрос о родоразрешении и показаниях к операции при панкреонекрозе. Лечение должно быть своевременным, адекватным, комплексным. Особую роль следует уделять коррекции иммунного статуса больных и антибиотикотерапии.
4. Проблема панкреонекроза во время беременности и в послеродовом периоде требует дальнейшего изучения и выработки алгоритма диагностики и лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М.: Триада-Х, 2000. С. 181–226.

2. Пугаев А.В. Острый панкреатит. М.: Профиль, 2007. 335 с.
3. Beger H.G., Rau B., Mayer J., Pralle U. Natural Course of Acute Pancreatitis. *World J. Surg.* 1997. № 21 (2). P. 130–135.
4. Бойко В.В., Криворучко И.А., Шевченко Р.С., Смачило Р.М., Песоцкий О.Н. Острый панкреатит: патофизиология и лечение. Харьков.: Торнадо, 2002. 288 с.
5. Урсов С.В., Лысенко М.В. и др. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза. Конгресс московских хирургов: неотложная и специализированная хирургическая помощь. 2005. 19–21 мая. Москва. Тезисы докладов. С. 117–118.
6. Шелест П.В., Миронов В.И. Диагностика и прогнозирование клинико-морфологических форм острого деструктивного панкреатита. *Сибирский медицинский журнал.* 2007. № 6. С. 5–9.
7. Словоходов Е.К. Острый панкреатит при беременности. *Новый хирургический архив.* 2002. № 5 (1).
8. Бибик И. Л., Николаев Н.Е. К вопросу этиопатогенеза острого панкреатита. *Белорусский медицинский журнал.* 2004. № 4 (10).