

ВІД ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ДО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.56.64-72>

В.О. ЗАБОЛТНОВ

д. мед. н., професор, зав. кафедрою «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
ORCID: 0000-0001-8901-6209

Є.В. ЯКОВЕНКО

хірург із загальної та абдомінальної хірургії клініки «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
ORCID: 0000-0002-7728-7308

В.Й. ШАТИЛО

д. мед. н., професор кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
ORCID: 0000-0001-7362-4787

О.О. ХВАТОВА

асистент кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
ORCID: 0000-0002-5388-3121

Я.П. СЕГЕДІНА

асистент кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
ORCID: 0000-0002-7794-0709

Контакти:

Заболотнов Віталій Олександрович
КВНЗ «Житомирський медичний інститут», кафедра «Сестринська справа»
10002, Житомир,
Велика Бердичівська, 46/15
Тел.: +38 (0412) 43 08 91, 46 19 81
email: vaz@cfimea.com

ВСТУП

Цар Македонії з династії Аргеадів, видатний полководець Олександр Македонський помер в результаті панкреонекрозу – гострої форми захворювання підшлункової залози (ПЗ). Такого висновку після багаторічного дослідження дійшли вчені з Університету Аристотеля в Салоніках. Грецькі дослідники відкинули старі версії смерті македонського царя (передбачалося, що він міг померти від малярії, пневмонії, черевного тифу або лихоманки Західного Нілу), детально описавши всі етапи його хвороби [1].

Гострий панкреатит (ГП) визначається як раптове запалення ПЗ, що клінічно проявляється болем у животі, нудотою і зневодненням, яке зазвичай самообмежується, але іноді може прогресувати до важкого захворювання і навіть смерті.

У той час як на 200 госпіталізацій у США щорічно припадає близько одного випадку ГП, у вагітних він, на щастя, зустрічається рідко – приблизно 1 раз на кожні 10 тис. вагітностей, однак цей показник варіює залежно від регіону і типу лікарні [2].

Якщо ГП вагітних (ГПВ) і виникає, то найчастіше в третьому триместрі, і, на думку дослідників, найчастішою причиною є жовчокам'яна хвороба [3–5]. У більшості пацієнок ГПВ виникав протягом III триместру (68%), у 31% – в I і II триместрах. Ці показники аналогічні результатам попередніх досліджень, що повідомляли про виникнення більшої частини ГПВ у III триместрі вагітності [6, 7].

Гострий початок, характер захворювання і труднощі в діагностиці при лікуванні ГПВ істотно загрожують здоров'ю матері та плода [8, 9]. Раніше було продемонстровано, що рівень смертності становив приблизно 37% для матері і 60% для плода, але останнім часом ці цифри знизилися через поліпшення методики діагностики, інтенсивної терапії та догляду за новонародженими [7, 8].

Що стосується діагностики, лікування, ведення вагітності та термінів розродження, то конкретні рекомендації при ГПВ все ще відсутні. Багато в чому це пов'язано з низьким рівнем захворюваності та мізерними клінічними даними, а також із мультидисциплінарністю даного стану, коли медичну допомогу надають

акушери, хірурги, терапевти, гастроентерологи, анестезіологи та ін. [10].

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ І ПАТОГЕНЕЗУ ГПВ

Серед багатьох причин ГП найбільш поширені дві: вживання алкоголю і захворювання жовчного міхура/жовчних проток [2].

Вважається, що більшість випадків ГПВ викликані жовчокам'яною хворобою. При збільшенні ваги і гормональних змінах, викликаних вагітністю, зростає ймовірність утворення каменів у жовчному міхурі, які переміщуються по загальному жовчному протоку, перешкоджаючи відтоку по протоках ПЗ.

Надмірна гіпертригліцеридемія (хіломікронемія) також є вкрай важливим фактором ризику панкреатиту, особливо під час вагітності. Секреція холестерину в печінковій жовчі збільшується в II і досягає піку в III триместрі в порівнянні з жовчними кислотами і фосфоліпідами, що призводить до перенасичення жовчі [11, 12]. Однак досягнуті рівні ніколи не бувають настільки високими, щоб бути причиною ГП. У пацієнок із сімейною гіпертригліцеридемією вагітність може значно збільшити гіперліпопротеїнемію і стати причиною ГП. Зміни в тригліцеридному кліренсі метаболізму апопротеїну і ліпопротеїніпази обговорювалися ще у 80-х роках минулого століття. Своєчасна діагностика і лікування сімейної гіпертригліцеридемії можуть запобігти ускладненням під час вагітності [13, 14].

Генетичні зміни в 30–35% випадків збільшують ризик виникнення ГП [15]:

- Мутації в генах CFTR (трансмембранного регулятора провідності при муковісцидозі), SPINK (інгібітора серинової протеази типу kasa1) або хімотріпсину С.
- Спадкова форма панкреатиту (1% випадків) – аутосомно-домінантне захворювання, гетерозиготні мутації в гені катіонного трипсиногена (PRSS1 ген) на хромосомі 7 (пенетрантність 80%) або на інгібіторі серинової протеази (SPINK1 ген) чи в гені панкреатичного секреторного інгібітора трипсину (PST1 ген) на хромосомі 5.

Гормональні зміни під час вагітності можуть стати передумовою розвитку гіпертригліцеридемії під час гестації. Коли рівень тригліце-

ридів стає занадто високим, кисень не може адекватно надходити в ПЗ через кровотік, внаслідок чого зростає ризик розвитку панкреатиту. Безумовно, під час вагітності враховуються всі інші причини розвитку ГП: вживання алкоголю, реакція на певні ліки, травма ПЗ також можуть привести до ГПВ (рис. 1).

Визначення діагнозу ГП ґрунтується на критеріях класифікації Atlanta (2013) [16]. Відповідно до неї діагноз ГП вимагає двох із наступних трьох складових:

- біль у животі, що відповідає ГП (гострий початок постійного сильного болю в епігастрії, який часто іррадіює в спину);
- активність сироваткової ліпази (або активність амілази) щонайменше втричі вища за верхню межу норми;
- характерні ознаки ГП за даними контрастної комп'ютерної томографії та рідше МРТ або трансабдомінальної ультрасонографії [16].

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГП можна поділити на два типи [16]:

- інтерстиціальний набряклий панкреатит;
- некротичний панкреатит.

Для визначення недостатності органів в першу чергу необхідно оцінити три системи органів:

- дихальну;
- серцево-судинну;
- ниркову.

Зазначена класифікація визначає три ступеня тяжкості перебігу захворювання [5]:

- легкий ГП;
- помірний ГП;
- важкий ГП.

Крім цього, ГПВ може бути класифікований за різними патогенними причинами [5]:

- Гострий жовчнокам'яний панкреатит – діагностується за підвищеним рівнем аланінамінотрансферази > 150 Од/л протягом 48 год від початку захворювання, а також за рентгенологічними даними, УЗД черевної порожнини та МРТ [5].
- Гіпертригліцеридемічний панкреатит – діагностується після виключення жовчних каменів, прийому алкоголю і лікарських засобів на підставі патологічного рівня тригліцеридів у сироватці крові $\geq 11,3$ ммоль/л або рівня тригліцеридів у сироватці крові від 5,65 до 11,3 ммоль/л.
- Ідіопатичний панкреатит діагностується за рентгенологічними ознаками панкреатиту після виключення жовчних каменів, прийому алкоголю, гіпертригліцеридемії, медикаментозного лікування, травм, аутоімунних і хірургічних факторів.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Легкий ГП характеризується відсутністю органної недостатності та ускладнень. Пацієнти з легким ГП найчастіше виписуються на ранній стадії і зазвичай не вимагають візуалізації ПЗ, а смертність дуже рідкісна (але її ймовірність не виключена) [16].

ГП середнього ступеня тяжкості характеризується наявністю тимчасової органної недостатності або локальними чи системними ускладненнями при відсутності постійної органної недостатності [16]. Прикладом симптоматичного локального ускладнення є перипанкреатичний набряк, який призводить до тривалого болю в животі, лейкоцитозу і лихоманки або перешкоджає здатності підтримувати харчування перорально. Прикладом симптоматичного системного ускладнення є загострення захворювання коронарної артерії або хронічного захворювання легень, викликаного ГП.

ГП середнього ступеня тяжкості може зникнути без втручання (при тимчасовій недостатності органів або при скупченні рідини), або може знадобитися тривала спеціалізована допомога (при великому стерильному некрозі без недостатності органів). Смертність при ГП середньої тяжкості набагато нижча, ніж при гострому важкому панкреатиті – 15–50% [16].

Важкий ГП характеризується постійною органною недостатністю. Органна недостатність, яка розвивається на ранній стадії, приводиться в дію шляхом активації цитокинових каскадів, що ведуть до синдрому системної запальної відповіді (SIRS) [16]. Коли SIRS присутній і є постійним, зростає ризик ускладнення панкреатиту стійкою недостатністю органів, і пацієнт потребує такого ж лікування, як і при важкому ГП.

Персистуюча органна недостатність може бути одинарною або поліорганною. Такі хворі зазвичай мають одне або кілька місцевих ускладнень. Пацієнти, в яких протягом перших кількох днів захворювання розвивається персистуюча органна недостатність, мають підвищений ризик смерті ($> 50\%$) [16]. Розвиток інфікованого некрозу в пацієнтів із персистуючою органною недостатністю пов'язаний із надзвичайно високою смертністю.

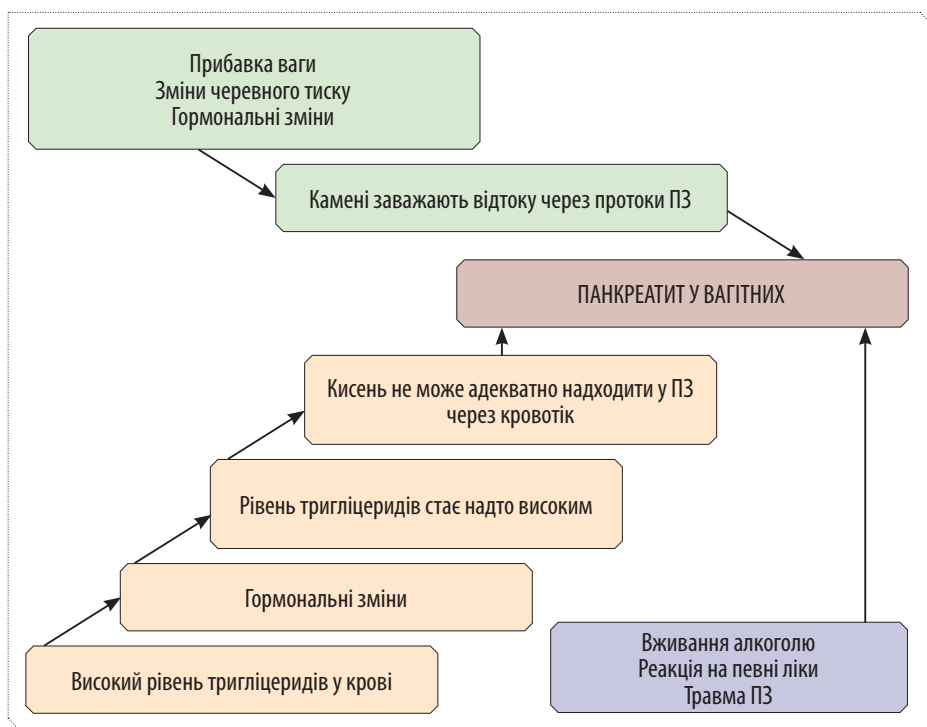


Рисунок 1. Особливості ГПВ

Для важкого перебігу ГП характерні [17]:

- ознаки гіповолемії (підвищений рівень азоту сечовини в крові);
- підвищений гематокрит;
- підвищений креатинін;
- клінічні ознаки легеневого пошкодження, такі як плевральний випіт та/або інфільтрат; вони вказують на те, що у пацієнта може бути важкий перебіг ГП. Крім того, наявність недостатності органів та/або некрозу ПЗ негайно класифікує ГП як важкий.

Основні клінічні симптоми ГПВ включають:

- Вкрай важлива ознака – гострий біль у верхній частині живота, схожий на оперізуючий, а також підвищення рівня ферментів ПЗ в сироватці крові.
- Інші загальні симптоми:
 - лихоманка, тахікардія, нудота, блювота;
 - напруга черевної стінки («гумовий» живіт – відчуття нагадують натискання на злегка приспущений гумовий м'яч), метеоризм, паралітично неповна (часткова) кишкова непрохідність, симптом Щоткіна-Блюмберга сумнівний або негативний (при розвитку перитоніту стає позитивним).

У дослідженні Lingyu Luo [5] зазначено, що біль в животі і блювота були двома найбільш переважними клінічними симптомами у вагітних із ГПВ. Болі в животі локалізувалися в основному у верхній частині живота, що спостерігалось у 86,8% пацієнток (105/121), тоді як тільки у 11,6% спостерігався нижчий (5,0%, 6/121) або генералізований (6,6%, 8/121) біль у животі. Більш ніж у половини пацієнток спостерігалася блювота (73,6%, 89/121), лихоманка була менш поширеною (23,1%, 28/121). Напруга м'язів передньої черевної стінки визначалася в основному у верхній частині живота (91%, 90/99), тоді як тільки у 3% вона визначалася в нижній частині живота (3/99) і в 6% – по всій передній черевній стінці (6/99) [5].

Залежно від тяжкості та причини ГПВ маніфестує як:

- циркуляторна реакція: гіпотонія, шок;
- асцит, плевральні випоти (зліва > праворуч);
- жовтяниця (часто тільки «летюча») при наявності каменів холедоха;
- рідкісні, але прогностично несприятливі ознаки: ціаноз шкіри навколо пупка при крововиливі в черевну порожнину (симптом Каллена) або геморагічні синюшні плями на лівій боковій стінці живота, іноді з жовтуватим відтінком (симптом Грея-Тернера).

Системи оцінки для визначення серйозності захворювання, такі як критерії Рансона (правила клінічного прогнозування ризиків захворювання і смертності від ГП) мають на практиці другорядне значення.

Важливими критеріями, які говорять про тяжкий перебіг, є: клінічні дані (біль, симптоми шоку), рівень С-реактивного білка (> 120 мг/л), креатиніну (вище 1,2 мг/дл) і зниження парціального тиску кисню.

Ускладнення ГПВ включають:

- Шок через нестачу об'єму циркулюючої крові, виділення вазодилаторів і токсичних речовин. Наслідки цього – гостра ниркова недостатність, шок легень (гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС)), коагулопатія споживання.
- Абсцес, сепсис.

- Цукровий діабет.
- Поширений некроз і крововилив (можливі шлунково-кишкові кровотечі).
- Псевдокісти: зазвичай через 10–14 днів (можливо з кровотечею, розривом, абсцесом).
- Формування свища, стеноз (дванадцятипала кишка, жовчовивідні шляхи, товста кишка).
- Тромбоз ворітної і селезінкової вен. В результаті розвивається портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу.
- Спленомегалія.
- Паралітична кишкова непрохідність.

Системні ускладнення ГПВ характеризуються такими проявами:

- Порушується функція дихальної системи через плевральний випіт, ателектаз, гострий набряк легенів або ГРДС, що призводить до гіпоксемії і задишки [18, 19].
- Ускладнення кровообігу характеризуються шоком внаслідок гіповолемії та/або гіпотонії. Основними причинами є втрата рідини заочеревинно або в черевну порожнину та/або периферична вазодилатація [19].
- Серцеві ускладнення характеризуються тахікардією і неспецифічними порушеннями, а не зниженням серцевої функції через молодий вік вагітної.
- Порушення коагуляції і особливо дисеміноване внутрішньосудинне згортання, що дуже важливо під час вагітності, оскільки супроводжується поліорганною недостатністю і призводить до високої частоти внутрішньоутробної і материнської смертності [19].
- При важкому ГП легко порушується функція нирок, що призводить до уремії і олігурії через преренальну азотемію або шляхом гострого канальцевого некрозу [19, 20].
- Метаболічні ускладнення включають гіпокальціємію, гіперглікемію, гіпертригліцеридемію, гіпоглікемію і кислотно-лужні порушення [21].

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

- Сонографія: ПЗ збільшеного діаметра при панкреатиті – голівка ПЗ > 3 см, тіло > 2 см, хвостова частина > 3 см, проток > 3 мм; ехогенність приблизно відповідає такій для здорової печінки, з віком інтенсивніша і не завжди чітко обмежена (набряк). Патологічна картина: виявлення вогнищ гіпоехогенності, тобто можливих некрозів, а також асциту, плеврального випоту, абсцесів, псевдокіст, при біліарному генезі можливе збільшення жовчної протоки, розширені жовчні протоки або видимі камені в жовчному міхурі (рис. 2).
- КТ черевної порожнини або ендосонографія: показана, якщо звичайного УЗД недостатньо через накладення повітря, пов'язаного з хворобою (протипоказана, різко обмежена під час вагітності).
- Рентгенографія грудної клітки: виявляється випіт в плевральній порожнині, пластинчастий ателектаз, високе стояння лівого купола діафрагми, базальна пневмонія, ознаки ГРДС (обмежена під час вагітності).
- Рентгенологічне дослідження черевної порожнини: дозволяє визначити рівень/обсяг кишкової непрохідності, перфорації (використання даного методу обмежене під час вагітності).

- Ендоскопічна ретроградна холангіо-панкреатографія виконується при підозрі на біліарний генез захворювання.
- Папілотомія: даний метод протипоказаний/різко обмежене його застосування під час вагітності.
- Гастроскопія: виявляє виразки і «стресові» ураження слизової.
- Тонкоіголова пункція (під контролем УЗД або КТ) для забору матеріалу на мікробіологію з метою виключення інфікованого некрозу (зазвичай не раніше, ніж через 10–14 днів після початку захворювання) (застосування методу у вагітних обмежене, швидше показане переривання вагітності).
- За необхідності проводиться подальший пошук причин захворювання.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ГПВ

Збільшення вмісту ліпази і панкреатичної амілази в сироватці крові. Чутливість ліпази перевищує чутливість амілази; абсолютні значення не корелюють із тяжкістю захворювання (не завжди є достовірним маркером для контролю перебігу захворювання).

Залежно від причини і перебігу ГПВ виявляються:

- лейкоцитоз (кількість лейкоцитів $> 10 \times 10^9/\text{л}$);
- збільшення значень С-реактивного білка (маркер тяжкості) і лактатдегідрогенази;
- прихолестази – підвищення рівня лужної фосфатази, γ -глутамілтрансферази, а також прямого білірубину;

- при цукровому діабеті – гіперглікемія (рівень глюкози натще $\geq 7,8$ ммоль/л);
- гіпокальціємія (сироватковий кальцій $< 1,75$ ммоль/л);
- підвищення рівнів сечовини і креатиніну;
- гіпертригліцеридемія (рівень тригліцеридів сироватки натще $\geq 11,3$ ммоль/л).

SIRS визначається наявністю двох або більше критеріїв:

1. ЧСС > 90 уд/хв.
2. Температура $< 36^\circ \text{C}$ або $> 38^\circ \text{C}$.
3. Рівень лейкоцитів у крові < 4000 або $> 12000/\text{мм}^3$.
4. Дихання $> 20/\text{хв}$ або парціальний тиск $\text{CO}_2 < 32$ мм рт. ст.

За даними дослідження ГПВ [5], тільки рівень кальцію в сироватці крові негативно корелював з тяжкістю захворювання ($p < 0,01$), що узгоджується з показниками у невагітних хворих на панкреатит. Рівень глюкози в сироватці крові, тригліцеридів або лейкоцитів не корелював із тяжкістю ГПВ. Деякі найбільш часто використовувані лабораторні результати порівнювалися на підставі ступеня тяжкості ГПВ (табл. 1). Визначення концентрації кальцію в сироватці крові може вказувати на серйозність захворювання, але для підтвердження цього необхідні додаткові дослідження [5].

Програма моніторингу ОП згідно з J.M. Nahn (2010) представлена в табл. 2 [22].

ЛІКУВАННЯ ГПВ

Хоча більшість авторів стверджує, що лікування ГП під час вагітності аналогічно лікуванню невагітних, насправді це далеко від істини. Під час вагітності на перший план виступають особливості патогенезу ГПВ, що необхідно враховувати при веденні цієї категорії хворих. Перед медичними працівниками (в першу чергу акушерами) постає питання про доцільність збереження вагітності, внутрішньотробний стан плода, терміни і методи переривання вагітності, а сьогодні це вкрай контроверсійні рішення. І не випадково в науковій акушерській літературі існує безліч статей про хірургічну тактику, але не про акушерсько-хірургічне ведення пацієнток із ГПВ.

При оцінці стану вагітних із ГП пропонується відповісти на чотири важливих питання, а саме [23]:

- 1) Чи є в пацієнтки ГП (встановлення діагнозу та виключення інших причин)?
- 2) Якщо це ГП, яка його прогнозована тяжкість?
- 3) Чи є біліарна патологія?
- 4) Який триместр вагітності? Це останнє питання буде визначати вибір візуалізаційного дослідження і режиму терапії.

Консервативна терапія

Коли у вагітної з'являються будь-які аномальні симптоми і біль у животі, дуже важливо якомога швидше госпіталізувати її у відділення невідкладної допомоги для оцінки стану.

Початкове лікування спрямоване на зменшення екзокринної секреції ПЗ, відновлення секвестрації рідини в третьому просторі та підтримку пацієнтки шляхом надання необхідного харчування, кисню, анальгетиків і моніторингу життєво важливих функцій матері та плода [24].

Початкове лікування ГП обмежене агресивною внутрішньовенною гідратацією 250–500 мл/год ізотонічного кристалоїдного розчину, переважно розчину Рінгера з лактатом, якщо немає серцево-судинних, ниркових або інших супутніх захворювань [25]. Рання агресивна внутрішньовенна гідратація показана протягом перших 12–24 годин.

Пацієнткам із циркуляторними проявами тяжкої втрати рідини, такими як

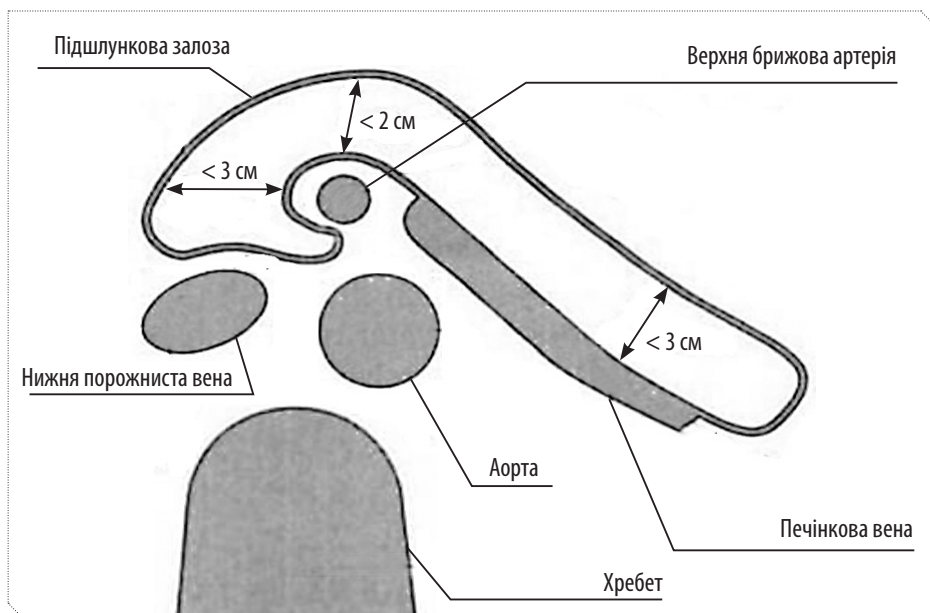


Рисунок 2. Сонографія ПЗ в нормі

Таблиця 1. Лабораторні показники в залежності від ступеня тяжкості ГПВ

Показники	Легкий ступінь, n = 59	Середній ступінь, n = 44	Тяжкий ступінь, n = 18	p
Гіперглікемія	10 (16,9)	13 (29,5)	7 (38,9)	0,111
Гіпертригліцеридемія	10 (16,9)	13 (29,5)	7 (38,9)	0,185
Гіпокальціємія	3 (5,1)	7 (15,9)	8 (44,4)	< 0,01
Повышение уровня лейкоцитов	45 (76,3)	36 (81,8)	15 (83,3)	0,712

Таблиця 2. Програма моніторингу гострого панкреатиту

Інтервал контролю	Критерії оцінки
Нескільки раз в день	Стан пацієнта (ступінь болю в животі), пальпація й аускультация живота, артеріальний тиск, пульс, температура тіла, баланс рідини, центральний венозний тиск (ЦВТ)/УЗД-контроль нижньої порожнистої вени
Як мінімум щодня (в залежності від окремих параметрів – частіше)	Лабораторні показники: <ul style="list-style-type: none"> загальний аналіз крові креатинін, натрій, калій, кальцій лужна фосфатаза, γ-глутамілтрансфераза, аспартатамінотрансфераза показники білірубину показники згортання (протромбіновий час/міжнародне нормалізоване відношення, активований частковий тромбопластиновий час) C-реактивний білок і лактатдегідрогеназа білок/альбумін показники добового цукру показники газів крові УЗД органів черевної
При клінічному погіршенні	<ul style="list-style-type: none"> Рентгенографія грудної клітки/черевної порожнини, ЕКГ-моніторинг Додатково: КТ/МРТ або ендо-УЗД Можлива ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, хірургічне спостереження

артеріальна гіпотензія і тахікардія, рекомендується агресивніша гідратація. Потреба в рідині повинна переглядатися з частими інтервалами протягом наступних 48 годин шляхом оцінки рівня азоту сечовини в крові [26].

Рекомендації на основі багаточентрового дослідження харчування при ГП, яке проводилося в США Національним інститутом охорони здоров'я (National Institutes of Health, NIH) [27]:

- Пацієнтів із симптомами кишкової непрохідності слід годувати парентерально.
- Харчування покращує цілісність кишечника, зменшує переміщення бактерій і, отже, частоту розвитку серйозних інфекцій.
- Починати харчування потрібно рано, використовуючи еюнальний зонд. Комбіноване використання з парентеральним харчуванням особливо показано при важких формах перебігу захворювання, оскільки виключно ентеральне харчування не може адекватно покрити енергетичні, рідинні й електролітні витрати пацієнта.
- Парентеральне забезпечення рідиною й електролітами під контролем балансу електролітів і центрального

венозного тиску (ЦВТ). УЗД-контроль нижньої порожнистої вени: якщо її діаметр менше 1,8 см (норма – 1,8–2 см) – гіповолемія. Мета ЦВТ = 4–12 см H₂O: 2–4 л/добу для панкреатиту легкого ступеня тяжкості, до 10 л/добу для важкого панкреатиту [28]. При високих потребах у рідині (> 4 л/добу) необхідна заміна людського альбуміну: наприклад, 500 мл 5% людського альбуміну на 4 л рідини (з контролем сироваткового альбуміну).

- Залежно від тяжкості стану ЦВТ може бути виміряний неправильно високо через підвищений внутрішньочеревний тиск і результуючу висоту діафрагми, тому вимоги до обсягу можуть бути недооцінені.

З метою знеболення можуть застосовуватися (регулярне введення, дозування в залежності від потреби):

- петидин: підшкірно або внутрішньовенно у вигляді короткого введення або в перфузорі. Разова доза 50–100 мг, повторення кожні 2–3 год, максимум 500 мг/добу;
- піритрамід/дипідолор: підшкірно або внутрішньовенно у вигляді короткого введення або в перфузорі. Разова доза 15–30 мг, повторення кожні 4–6 год, максимум 300 мг/добу;

- епідуральний катетер з бупівакаїном (наприклад, з карбостезином 0,25%, 5–10 мг/год = 2–4 мл/год), з високим рівнем введення (Th 7–10), а також хорошою профілактикою кишкової непрохідності.

Розширені заходи терапії:

- При біліарному панкреатиті – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія і, можливо, одночасна папілотомія з видаленням каменя.
- Центральне венозне харчування. На ранній стадії, особливо при гіпертригліцеридемії, шоку і сепсисі, бажано без жирових розчинів.
- Лікування гіперглікемії: перфузор і за необхідності ретельний контроль рівня цукру в крові.
- Лікування електролітного дисбалансу. Особливу увагу слід приділяти підтримці рівня калію (особливо при інсулінотерапії) і кальцію (починаючи з рівня кальцію < 1,6 ммоль/л, залежить від втрати білка).
- Лікування порушень кислотно-лужного балансу, зокрема компенсація метаболічного ацидозу.
- Антибіотикотерапія при септичних проявах (на основі посіву крові). Не є абсолютним показанням при легкому та середньому ступені тяжкості захворювання.
- Важкий некротичний панкреатит: антибіотикотерапія ципрофлоксацином (наприклад, 3 × 200 мг/день Ciprobay®) або іміпенемом (наприклад, 4 × 500 мг/день Zienam®), додатково метронідазол (наприклад, 3 × 500 мг/день Clont®).
- При ГП антибіотики нині зазвичай не рекомендуються навіть для стадії виявлення асептичного некрозу. Кокранівський огляд не виявив переваг в рутинному лікуванні антибіотиками [29].
- Лікування гострої ниркової недостатності (виникає в основному через нестачу гідратації). За необхідності – гемодіаліз або гемофільтрація.
- Забезпечення адекватного рівня газів крові. Респіраторна підтримка за необхідності, в разі сумнівів – широкі показання до вентиляції легень/неінвазивна вентиляція як терапія ГРДС.
- Профілактика і за необхідності терапія коагулопатії споживання.
- При появі ознак шоку: невідкладний початок терапії, як при септичному шоці.

- Контроль псевдокіст (зазвичай утворюються через 10–14 днів після початку захворювання, мають високий рівень спонтанної регресії 50% протягом 6 тижнів).
- УЗД-моніторинг (можливо також КТ).
- При підозрі на інфекцію – діагностична пункція можливо-го вогнища.
- У виняткових випадках – відкрита хірургічна терапія (даний метод пов'язаний з підвищеним рівнем летальності).
- Хірургічне лікування показане, тільки якщо консервативна терапія неефективна і є несановане септичне вогнище (висока летальність).
- Пероральна дієта: якомога раніший початок у безбольовому періоді вживання їжі з низьким вмістом жиру, можливе застосування додаткових ферментних препаратів.

Профілактика рецидивів полягає в санації жовчних проток при калькульозі, утриманні від алкоголю, лікуванні гіпертригліцеридемії або гіперпаратиреозу.

У деяких недавніх повідомленнях [30] було запропоновано поєднання внутрішньовенної інфузії гепарину й інсуліну у важких випадках викликаної ГП гестаційної гіпертригліцеридемії, що підвищувало активність ліпопротеїнапіази.

Крім того, незважаючи на відсутність чіткого клінічного керівництва, в деяких випадках може бути корисним використання плазмаферезу і гемофільтрації [31].

Хірургічне лікування

Що стосується самого захворювання, хірургічне лікування ГПВ пропонується в особливих випадках некротичного панкреатиту. Стерильний некроз, а також безсимптомні локальні зміни, такі як псевдокіста ПЗ, не вимагають втручання незалежно від розміру, розташування та/або розширення [32, 33].

У разі прогресування псевдокісти (> 6 см) або ускладнень (інфекція, стискання сусідніх структур) хірургічно виконується постановка внутрішнього дренажу та/або видалення кісти [3].

Хірургічне лікування здійснюється тільки в разі неефективності консервативної терапії і наявності несанованого септичного вогнища (пов'язане з високою летальністю).

Як правило, якщо причиною ГПВ є жовчнокам'яний панкреатит, видалення жовчного міхура відкладається до закінчення вагітності. Часто стент, поміщений у жовчну протоку, може скорегувати ситуацію, поки не потрібна оперативна резекція [32]. Однак якщо очікувати до кінця вагітності неможливо, хірургічна резекція зазвичай може бути виконана безпечно, особливо в терміні до 28–30 тижнів вагітності [34]. У стабільних пацієнток із інфікованим некрозом операцію слід відкласти на більш ніж 4 тижні з моменту появи симптомів, щоб осередки могли організуватися в більш конкретну форму [26].

Лікування каменів у жовчних шляхах може бути рентгенохірургічним – антеградним черезпечінковим доступом у протоки (обмежено під час вагітності), а також ендоскопічним – ретроградним доступом через ендоскоп у дванадцятипалій кишці. І тим, і іншим методом можна механічно зруйнувати камені, і вони самостійно вийдуть у просвіт кишки, або витягти їх. Стентування жовчних проток у даній ситуації не потрібно.

Гострий біліарний панкреатит у вагітних вимагає хірургічного лікування, лише коли є:

- гострий холецистит, який не минає при звичайному лікуванні;
- перитоніт;
- механічна жовтяниця і важкі симптоми, які зникнуть після оперативних втручань [26].

Проте при некротичному жовчному ГП слід почекати з холецистектомією, поки активне запалення не стихне, скупчення рідини не розсмокчуться і не стабілізуються, щоб уникнути зараження некротичної тканини незалежно від тяжкості захворювання [23].

Акушерська тактика

Дані в таблицях 3–5 переконливо свідчать про взаємозв'язок між ступенем тяжкості ГПВ, гіперліпідемією і результатом для матері та плода [35, 36].

Гіперліпідемія (гіпертригліцеридемія) є вкрай небезпечним симптомом і в основному поєднується із середнім ступенем тяжкості і тяжким перебігом ГПВ, призводить до дистресу плода і його втрати [37, 38]. Важкий перебіг ГПВ вкрай небезпечний для плода і призводить у всіх випадках до його дистресу і в 60,0% випадків – до втрати плода (табл. 5). Середній ступінь тяжкості перебігу панкреатиту також несприятливий для плода і супроводжується його втратою в кожному четвертому випадку (25%) [26].

Якщо в терміні гестації з 22 до 26 тижнів виник дистрес плода і відсутні умови для професійної реанімації новонародженого (сприятливий перинатальний результат вкрай сумнівний), рішення про тактику ведення вагітності та/або її переривання в першу чергу приймається на користь збереження здоров'я і життя матері.

Якщо причиною ГП є тригліцериди, показане екстрене переривання вагітності. До 30 тижнів вагітності за наявності професійної реанімації і після зважування ризиків для матері та плода перевага віддається ургентному розродженню, оскільки це приведе до негайного зниження рівня тригліцеридів [39, 40].

При готовності шийки матки до пологів доцільним є розродження через природні родові шляхи. Під час пологів після 28 тижнів (приблизно в ці терміни) показаний моніторинг внутрішньоутробного стану плода.

У той же час результат розродження багато в чому залежить від ступеня тяжкості ГП (табл. 6) і не завжди залежить від способу розродження. Кесарів розтин, який виконується спільно з хірургом, дозволяє негайно розродити вагітну з ГПВ, підвищує ймовірність успішного перинатального результату, створює умови для виконання необхідного обсягу хірургічних втручань з приводу панкреатиту, але збільшує ризик гнійно-септичних ускладнень. Розродження через природні родові шляхи знижує ризик гнійно-септичних ускладнень, але дещо відтерміновує час розродження. Тому рішення про метод розродження приймається лікарським консилиумом після розгляду всіх факторів ризику. Тактику і доцільність розширення обсягу хірургічного втручання у зв'язку з панкреатитом під час кесаревого розтину вибирає хірург (бажано консилиум хірургів).

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КОНСИЛІУМ

Показання для негайного переривання вагітності:

- ГП середнього ступеня тяжкості і тяжкий перебіг;
- панкреонекроз (або обґрунтована підозра на нього);
- наявність недостатності органів – гостра ниркова недостатність, ГРДС;
- гіпертригліцеридемія;
- гіпокальціємія;
- ускладнення панкреатиту: шок, коагулопатія споживання, абсцес, сепсис, поширений некроз і крововилив, паралітична кишкова непрохідність.

ВИСНОВОК

Ведення вагітних із ГП є вкрай складним завданням, незважаючи на досягнення останніх років, і супроводжується високою перинатальною і материнською смертністю, рівень якої в першу чергу залежить від ступеня тяжкості ГП. Ведення таких вагітних вимагає мультидисциплінарного підходу для прогнозування перебігу панкреатиту, визначення тактики ведення вагітності і ГПВ, способу і термінів розродження.

Таблиця 3. Перебіг ГПВ з розподілом за основними етіологіями, абс. ч. (%) [26]

Етіологія	Легкий ступінь, n = 23	Середній ступінь, n = 24	Тяжкий ступінь, n = 7	Усього, n = 54
Біліарний ГПВ	9 (39,1)	5 (20,8)	0	14 (25,9)
Гіперліпідемія	1 (4,2)	14 (58,4)	7 (100)	22 (40,7)
Інші причини	13 (56,6)	5 (20,8)	0	18 (33,4)

Таблиця 4. Дистрес і втрата плода на основі етіології ГПВ, абс. ч. [26]

Етіологія	Біліарний ГПВ, n = 14	Гіперліпідемія, n = 22	Інші причини, n = 18	p
Дистрес плода	2	14	4	< 0,01
Втрата плода	1	7	3	0,203

Таблиця 5. Результати для матері та плода в пацієнток із ГПВ, абс. ч. (%) [26]

	Легкий ступінь, n = 23	Середній ступінь, n = 24	Тяжкий ступінь, n = 7	Всього, n = 54	p
Спонтанні пологи в термін	20 (87,0)	11 (45,8)	0 (0,0)	31 (57,4)	< 0,001
Переривання вагітності через ускладнення в матері та/або плода	2 (8,7)	3 (12,5)	0 (0,0)	5 (9,26)	> 0,999
Передчасні пологи	0 (0,0)	7 (29,2)	5 (71,4)	12 (22,2)	< 0,001
Аборт (спонтанний чи за медичними показаннями)	1 (4,3)	3 (12,5)	2 (26,6)	6 (11,1)	0,211
Дистрес плода	2 (8,7)	11 (45,8)	7 (100)	20 (37,0)	< 0,001
Втрата плода	1 (4,3)	6 (25,0)	4 (57,1)	11 (20,4)	0,007

Таблиця 6. Материнська і внутрішньоутробна смертність при різних ступенях тяжкості ГПВ, абс. ч. (%) [5]

Показники	Легкий ступінь, n = 59	Середній ступінь, n = 44	Тяжкий ступінь, n = 18
Загальна кількість пологів	55	40	10
Продовження вагітності	35	8	3
Кесарів розтин	18 (30,5)	32 (72,7)	6 (33,3)
Пологи в термін	2 (3,4)	0	1 (5,6)
Загальна кількість померлих	4	4	8
Кесарів розтин і смерть	0	2 (4,5)	2 (11,1)
Передчасні пологи	1 (1,7)	1 (2,3)	0
Індукція пологів	2 (3,4)	1 (2,3)	2 (11,1)
Природний аборт	1 (1,7)	0	0
Материнська і дитяча смертність	0	0	4 (22,2)

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. "Death of Alexander the Great: Physician at Aristotle University of Thessaloniki claims to refute other theories." Available from: [https://sputniknews.gr/ellada/201910194915994-thanatos-megas-alexandros-ereuna-kathigitis-aph/], last accessed Nov 27, 2020.
2. Gardner, T. Acute pancreatitis and pregnancy. Available from: [https://pancreasfoundation.org/patient-information/acute-pancreatitis/pancreatitis-and-pregnancy/], last accessed Feb 21, 2020.
3. Mali, P. "Pancreatitis in pregnancy: etiology, diagnosis, treatment, and outcomes." *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 15.4 (2016): 434–8.
4. Sun, L., Li, W., Sun, F., et al. "Intra-abdominal pressure in third trimester pregnancy complicated by acute pancreatitis: an observational study." *BMC Pregnancy Childbirth* 15 (2015): 223.
5. Lingyu Luo. "Clinical characteristics of acute pancreatitis in pregnancy: experience based on 121 cases." *Archives of Gynecology and Obstetrics* 297 (2018): 333–9.
6. Date, R.S., Kaushal, M., Ramesh, A. "A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy." *Am J Surg* 196.4 (2008): 599–608. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2008.01.015
7. Montgomery, W.H., Miller, F.C. "Pancreatitis and pregnancy." *Obstet Gynecol* 35.4 (1970): 658–64.
8. Geng, Y., Li, W., Sun, L., et al. "Severe acute pancreatitis during pregnancy: eleven years experience from a surgical intensive care unit." *Dig Dis Sci* 56.12 (2011): 3672–7. DOI: 10.1007/s10620-011-1809-5
9. Papadakis, E.P., Sarigianni, M., Mikhailidis, D.P., et al. "Acute pancreatitis in pregnancy: an overview." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 159.2 (2011): 261–6.
10. Kim, J.Y., Jung, S.H., Choi, H.W., et al. "Acute idiopathic pancreatitis in pregnancy: a case study." *World J Gastroenterol* 20 (2014): 16364–7.
11. Ducarme, G., Maire, F., Chatel, P., et al. "Acute pancreatitis during pregnancy: a review." *J Perinatol* 34.2 (2014): 87–94. DOI: 10.1038/jp.2013.161
12. Привроцька, І.Б. Стан енергетичних процесів у тканинах та вміст амінокислот у сироватці крові та печінці щурів за умов гострого панкреатиту / І.Б. Привроцька, Л.В. Яницька, Т.М. Кучмеровська // Проблеми ендокринної патології. – 2014. – №1. – С. 38–47.
Pryvrotska, I.B., Yanitska, L.V., Kuchmerovska, T.M. "Energy processes state in tissues and amino acids level in serum and liver of rats with acute pancreatitis." *Problems of Endocrine Pathology* 1 (2014): 38–47.
13. Sun, L., Li, W., Geng, Y., et al. "Acute pancreatitis in pregnancy." *Acta Obstet Gynecol Scand* 90.6 (2011): 671–6. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01072.x
14. Tatarchuk, T., Zakharenko, N., Bachynska, I., Kosey, N. "On the issue of autoimmune ovary damage during puberty." *Georgian Medical News* 279 (2018): 49–56.
15. DocMedicus Verlag (electronic resource). Ursachen Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis). Available from: [http://www.gesundheits-lexikon.com/Leber-Gallenblase-Bauchspeicheldruese/Bauchspeicheldruesen-entzuendung-Pankreatitis/Ursachen.html], last accessed Feb 21, 2020.
16. Banks, P.A., Bollen, T.L., Dervenis, C., et al. "Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus." *Gut* 62 (2013): 102–11. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302779
17. Ntzeros, K., et al. "Acute pancreatitis in pregnancy – Up to date." *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 4 (2014): 81–9.
18. Juneja, S.K., Gupta, S., Virk, S.S., et al. "Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience." *International Journal of Applied and Basic Medical Research* 3 (2013): 122–5. DOI: 10.4103/2229-516X.117090
19. Tang, S.J., Rodriguez-Frias, E., Singh, S., et al. "Acute pancreatitis during pregnancy." *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 8 (2010): 85–90.
20. Qihui, C., Xiping, Z., Xianfeng, D. "Clinical study on acute pancreatitis in pregnancy in 26 cases." *Gastroenterology Research and Practice* 2012 (2012): 271925. DOI: 10.1155/2012/271925
21. Li, H.P., Huang, Y.J. and Chen, X. (2011) Acute pancreatitis in pregnancy: A 6-year single center clinical experience. *Chinese Medical Journal*, 124, 2771–2775.
22. Hahn, J.M. Checkliste Innere Medizin, 6 edition (German). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York (2010): 801 p.
23. Bahiyah Abdullah, Thanikasalam Kathiresan Pillai, Lim Huay Cheen, Ray Joshua Ryan. "Severe Acute Pancreatitis in Pregnancy." *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2015 (2015): 239068. DOI: 10.1155/2015/239068
24. Jain, V., Yegneswaran, B., Pitchumoni, C.S. "Biliary pancreatitis in pregnancy." *Practical Gastroenterology* 33 (2009):16–30.
25. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J., Vege, S.S. "American College of Gastroenterology guideline: Management of acute pancreatitis." *American Journal of Gastroenterology* 108 (2013): 1400–15. DOI: 10.1038/ajg.2013.218
26. Tang, M., et al. "What may cause fetus loss from acute pancreatitis in pregnancy. Analysis of 54 cases." *Medicine (Baltimore)* 97.7 (2018): e9755. DOI: 10.1097/MD.00000000000009755
27. Hsieh, P.-H., Su, H.-Y., Lin, C.-Y., et al. "Infection rate among nutritional therapies for acute pancreatitis: A systematic review with network meta-analysis of randomized controlled trials." *PLoS ONE* 14.7 (2019): e0219151. DOI: 10.1371/journal.pone.0219151
28. Suat Zengin, Behcet Al, Sinan Genc et al. "Role of inferior vena cava and right ventricular diameter in assessment of volume status: a comparative study." *The American Journal of Emergency Medicine* 31.5 (2013): 763–7.
29. Villatoro, E., Bassi, C., Larvin, M. "Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis." *Cochrane Database Syst Rev* 5 (2010): CD002941.
30. Altun, D., Eren, G., Cukurova, Z., et al. "An alternative treatment in hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy: plasmapheresis." *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 28 (2012): 252–4.
31. Huang, C., Liu, J., Lu, Y., et al. "Clinical features and treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy: a retrospective study." *J Clin Apher* 31 (2016): 571–8.
32. Altraige, A., Asiri, M. "Acute Pancreatitis during Pregnancy: A Case Report." *Austin J Obstet Gynecol* 5.7 (2018): 1120.
33. Working Group IAP/APA APG. "IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis." *Pancreatology* 13 (2013): e1–5.
34. Igbinoso, O., Poddar, S., Pitchumoni, C. "Pregnancy associated pancreatitis revisited." *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 37 (2013): 177–81.
35. Avsar, A.F., Yildirim, M., Cinkaya, A. "Unexpected fetal demise despite the reactive nonstress test during the conservative management of acute pancreatitis in pregnancy." *Int J Surg Case Rep* 5 (2014): 1047–9.
36. Vishnu Priya, K.M.N., et al. "Maternal and perinatal outcome of acute pancreatitis during pregnancy: A 5 year experience at a tertiary care centre." *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 5 (2016): 4041–5.
37. Tian, C.F., Kang, M.H., Wu, W., et al. "Relationship between pitch value or S/D ratio of torsion of cord and fetal outcome." *Prenat Diagn* 30 (2010): 454–8.
38. Hasanpour, S., Raouf, S., Shamsalizadeh, N., et al. "Evaluation of the effects of acoustic stimulation and feeding mother stimulation on non-reactive non-stress test: a randomized clinical trial." *Arch Gynecol Obstet* 287 (2013): 1105–10.
39. Jeon, H.R., Kim, S.Y., Cho, Y.J., et al. "Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy causing maternal death." *Obstet Gynecol Sci* 59 (2016): 148–51.
40. Wong, B., Ooi, T.C., Keely, E. "Severe gestational hypertriglyceridemia: A practical approach for clinicians." *Obstet Med* 8 (2015):158–67.

ВІД ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ДО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Огляд літератури

В.О. Заболотнов, д. мед. н., професор, зав. кафедрою «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
Є.В. Яковенко, хірург із загальної та абдомінальної хірургії клініки GRN, м. Вайнхайм, Німеччина
В.І. Шатило, д. мед. н., професор кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
О.О. Хватова, асистент кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир
Я.П. Сегедіна, асистент кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, м. Житомир

Гострий панкреатит під час вагітності – хоча й рідкісне, але вкрай загрозливе ускладнення, що супроводжується високим рівнем перинатальної і материнської смертності. Надмірна гіпертригліцеридемія є надзвичайно важливим чинником ризику панкреатиту, особливо під час вагітності. Секреція холестерину в печінковій жовчі збільшується в другому і досягає максимуму в третьому триместрі в порівнянні з жовчними кислотами і фосфоліпідами, що призводить до перенасичення жовчі. Це і визначає найбільшу частоту гострого панкреатиту у вагітних в третьому триместрі.

Гострий початок, характер захворювання і труднощі в діагностиці при лікуванні гострого панкреатиту у вагітних істотно загрожують здоров'ю матері і плода. Хоча більшість авторів стверджують, що лікування гострого панкреатиту під час вагітності аналогічне лікуванню невагітних, насправді це далеко від істини. Під час вагітності на перший план виступають особливості патогенезу гострого панкреатиту вагітних, які необхідно врахувати при веденні цих пацієнток. Перед медичними працівниками (в першу чергу акушерами) стоїть питання про доцільність збереження вагітності, плода, терміни й метод переривання вагітності, а сьогодні це вкрай контроверсійні рішення.

Ведення вагітних із гострим панкреатитом є надзвичайно складним завданням, незважаючи на досягнення останніх років, і супроводжується високою перинатальною і материнською смертністю, рівень якої в першу чергу залежить від ступеня тяжкості гострого панкреатиту.

Тяжкий перебіг гострого панкреатиту вагітних вкрай небезпечний для плода і призводить в усіх випадках до його дистресу, а більш ніж у половині випадків – до втрати плода.

Середній ступінь тяжкості перебігу панкреатиту також несприятливий для плода і супроводжується його втратою в кожному четвертому випадку. Якщо причиною гострого панкреатиту є тригліцериди, показано екстрене переривання вагітності. Ведення таких пацієнток вимагає мультидисциплінарного підходу для прогнозування перебігу панкреатиту, визначення тактики ведення вагітності і гострого панкреатиту вагітних, способу і термінів розродження.

Ключові слова: вагітність, гострий панкреатит, лікування, акушерська тактика.

FROM ACUTE PANCREATITIS TO PANCREONECROSIS DURING PREGNANCY

Literature review

V.O. Zabolotnov, MD, professor, head of the "Nursing Care" Department, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr
Y.V. Yakovenko, surgeon of general and visceral surgery, GRN-Klinik, Weinheim, Germany
V.I. Shatylo, MD, professor of the "Nursing Care" Department, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr
O.O. Khatova, assistant of the "Nursing Care" Department, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr
Y.P. Shehedina, assistant of the "Nursing Care" Department, Zhytomyr Medical Institute, Zhytomyr

Acute pancreatitis during pregnancy is a rare but extremely formidable complication and accompanied by a high level of perinatal and maternal mortality. Excessive hypertriglyceridemia is an extremely important risk factor for pancreatitis, especially during pregnancy. The secretion of cholesterol in hepatic bile increases in the second trimester and reaches a peak in the third trimester compared with bile acids and phospholipids, which leads to a supersaturation of bile. This determines the highest incidence of acute pancreatitis in pregnant women in the third trimester.

Acute onset, nature of the disease and difficulties in diagnosis and treatment of acute pancreatitis in pregnant women significantly threaten the health of mother and fetus. Although most authors argue that treating acute pancreatitis during pregnancy is similar to treating non-pregnant patients, this is actually far from the truth. Pathogenesis features of acute pancreatitis in pregnant women come to the fore, which must be taken into account when managing these patients. Medical workers (primarily obstetricians) have a question about the advisability of preserving pregnancy, fetus, timing and method of abortion, and today these are extremely controversial decisions.

Management of pregnant women with acute pancreatitis is an extremely difficult task, despite the achievements of recent years, and is accompanied by high perinatal and maternal mortality, the level of which depends on the severity of acute pancreatitis.

The severe course of acute pancreatitis in pregnant women is extremely dangerous for the fetus and in all cases leads to its distress and in more than half of cases to fetal loss. The average severity of pancreatitis is also unfavorable for the fetus and is accompanied by its loss in every fourth case. Emergency abortion is indicated if triglycerides are the cause of acute pancreatitis. Management of such pregnant women requires a multidisciplinary approach to predict the course of pancreatitis, determine the tactics of pregnancy and acute pancreatitis, method and timing of delivery.

Keywords: pregnancy, acute pancreatitis, treatment, obstetric tactics.

ОТ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ДО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Обзор литературы

В.А. Заболотнов, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой «Сестринское дело» КВУЗ «Житомирский медицинский институт» ЖОС, г. Житомир
Е.В. Яковенко, хирург по общей и абдоминальной хирургии клиники GRN, г. Вайнхайм, Германия
В.И. Шатило, д. мед. н., профессор кафедры «Сестринское дело» КВУЗ «Житомирский медицинский институт» ЖОС, г. Житомир
О.А. Хватова, ассистент кафедры «Сестринское дело» КВУЗ «Житомирский медицинский институт» ЖОС, г. Житомир
Я.П. Сегедина, ассистент кафедры «Сестринское дело» КВУЗ «Житомирский медицинский институт» ЖОС, г. Житомир

Острый панкреатит во время беременности – хоть и редкое, но крайне грозное осложнение, сопровождающееся высоким уровнем перинатальной и материнской смертности.

Чрезмерная гипертриглицеридемия является важным фактором риска панкреатита, особенно во время беременности. Секреция холестерина в печеночной желчи увеличивается во втором и достигает пика в третьем триместре по сравнению с желчными кислотами и фосфолипидами, что приводит к перенасыщению желчи. Это и определяет наибольшую частоту острого панкреатита у беременных в третьем триместре.

Острое начало, характер заболевания и трудности в диагностике при лечении острого панкреатита у беременных существенно угрожают здоровью матери и плода. Хотя большинство авторов утверждает, что лечение острого панкреатита во время беременности аналогично лечению небеременных, на самом деле это далеко от истины. Во время беременности на первый план выступают особенности патогенеза острого панкреатита беременных, что необходимо учитывать при ведении этих пациенток. Перед медицинскими работниками (в первую очередь акушерами) стоит вопрос о целесообразности сохранения беременности, плода, сроках и методе прерывания беременности, а сегодня это крайне контроверсионные решения.

Ведение беременных с острым панкреатитом является крайне сложной задачей, несмотря на достижения последних лет, и сопровождается высокой перинатальной и материнской смертностью, уровень которой в первую очередь зависит от степени тяжести острого панкреатита.

Тяжелое течение острого панкреатита беременных крайне опасно для плода и приводит во всех случаях к его дистресу, и более чем в половине случаев – к потере плода. Средняя степень тяжести течения панкреатита также неблагоприятна для плода и сопровождается его потерей в каждом четвертом случае. Если причиной острого панкреатита являются триглицериды, показано экстренное прерывание беременности. Ведение таких пациенток требует мультидисциплинарного подхода для прогнозирования течения панкреатита, определения тактики ведения беременности и острого панкреатита беременных, способа и сроков родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, острый панкреатит, лечение, акушерская тактика.