

Острый панкреатит у беременных

С. М. Чудных, проф. кафедры факультетской хирургии № 2¹

И. Б. Манухин, д.м.н. проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии¹

Г. Г. Саакян, аспирант кафедры факультетской хирургии № 2¹

В. С. Егоров, старший лаборант кафедры факультетской хирургии № 2¹

Н. В. Хворостухина, д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

²ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Acute pancreatitis in pregnancy

S. M. Chudnykh, I. B. Manukhin, G. G. Saakian, V. S. Egorov, N. V. Khvorostukhina

Moscow State Medical and Stomatological University n.a. A. I. Evdokimov, Moscow, Russia; Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, Russia

Резюме

Проблема лечения острого панкреатита до сих пор остается крайне актуальной. В структуре острых хирургических заболеваний последние два года острый панкреатит в г. Москве занимает первое место, в 2016 году — 25,3%. При этом сохраняется тенденция дальнейшего роста деструктивных форм заболевания, сопровождающихся большим количеством осложнений и высокими цифрами летальности. ОП чаще встречается у молодых первородящих женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде. У беременных наиболее часто диагностируется острый билиарный панкреатит (от 43,6 до 66,0%). Мультидисциплинарный подход у беременных позволяет не только купировать развитие острого панкреатита и предотвратить развитие грозных осложнений, но и выполнять при необходимости с помощью малоинвазивных методов лечения коррекцию нарушений гомеостаза и гормонального фона с целью профилактики преждевременных родов и осложнений гестации.

Ключевые слова: острый панкреатит, беременность, малоинвазивные методы лечения.

Summary

The problem of treating acute pancreatitis is still very urgent. In the structure of acute surgical diseases in the last two years, acute pancreatitis in Moscow ranks first, in 2016, 25.3%. At the same time, the trend continues for the growth of destructive forms of the disease, accompanied by a large number of complications and high mortality rates. OP is more common in young, primiparous women in the third trimester of pregnancy and in the postpartum period. In pregnant women, acute biliary pancreatitis is most often diagnosed (from 43.6 to 66.0%). Multidisciplinary approach in pregnant women allows not only to stop the development of acute pancreatitis and prevent the development of serious complications, but also to perform, with the help of minimally invasive methods of treatment, if necessary, correction of homeostasis and hormonal disturbances in order to prevent preterm labor and complications of gestation.

Key words: acute pancreatitis, pregnant woman, minimally invasive interventions in pregnancy.

Введение

Проблема лечения острого панкреатита до сих пор остается крайне актуальной. В структуре острых хирургических заболеваний последние два года острый панкреатит (ОП) в г. Москве занимает первое место, в 2016 году — 25,3%. При этом сохраняется тенденция дальнейшего роста деструктивных форм заболевания, сопровождающихся большим количеством осложнений и высокими цифрами летальности. В течение последних 40 лет смертность при деструктивных формах ОП не претерпела существенных изменений. Она имеет приблизительно одинаковые величины как в нашей стране, так и за рубежом и, по данным различных авторов, составляет 3,9–21,0% [1, 2, 3, 4]. Естественно, что при таком распространении заболевания данная патология встречается и в такой

группе населения как беременные, что делает ее крайне важной в социальном аспекте.

По данным многих исследователей, распространенность панкреатита у беременных колеблется от 1 : 1 000 до 1 : 12 000, увеличиваясь со сроком гестации и числом родов в анамнезе [5, 6, 7]. ОП чаще встречается у молодых первородящих женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде. У беременных наиболее часто диагностируется острый билиарный панкреатит (от 43,6 до 66%). Из небилиарнозависимых вариантов ОП, по данным многочисленных исследований, отмечены панкреатиты, ассоциированные с гипертриглицеридемией (от 20,7 до 50,0%), с алкогольной интоксикацией (12,3%), и идиопатический панкреатит [6, 5, 8].

Многообразие и степень выраженности клинических симптомов ОП у беременных не соответствуют морфологическим изменениям в поджелудочной железе и не коррелируют с уровнем летальности (как материнской, так и перинатальной). В то же время, несмотря на преобладание у беременных отечной формы ОП [5, 9], многочисленные литературные источники подтверждают увеличение удельного веса мертворождений, гибели плода и неблагоприятных исходов беременности в условиях инфицированного панкреонекроза и гнойно-некротических осложнений [10, 11, 12].

Таким образом, несмотря на имеющиеся публикации, посвященные диагностике, лечению и ведению беременных с ОП, профилактика осложнений и их лечение у данной категории беременных остаются пока нерешенной проблемой.

Материалы и методы

Исследование основано на результатах лечения 133 беременных с клиникой острого панкреатита, находившихся на лечении в ГКБ № 68 г. Москвы в период с 2011 по 2016 год. Частота острого панкреатита во время беременности составляла 1 случай на 978 родов (0,1%). Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошла 121 (90,9%) пациентка; им была диагностирована отечная форма ОП, и проводилась преимущественно консервативная терапия, которую дополняли применением миниинвазивных лечебно-диагностических вмешательств, в основном направленных на разрешение причин заболевания — желче-каменной болезни, рецидивирующего калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи. Вторую группу составили 12 (9,1%) пациентов, у которых диагностирован панкреонекроз, и применялся комплекс мероприятий, включая комбинацию чрескожных и эндовидеохирургических вмешательств, направленных на лечение осложнений ОП.

В обеих группах пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, этиологии заболевания и сопутствующим заболеваниям. Критерием включения являлся острый панкреатит в сочетании с беременностью.

Возраст беременных варьировал от 18 до 35 лет, средний возраст в группах не имел значимых различий ($P > 0,05$). Панкреатит чаще диагностировался в возрастной группе от 26 до 32 лет. Срок гестации при поступлении беременных в стационар находился в пределах от 4 до 38 недель, при этом частота возникновения ОП возрастала прямо пропорционально сроку беременности. По данным проведенного ретроспективного анализа, ОП чаще развивался во II половине беременности, и практически каждый второй случай заболевания диагностировался при сроках гестации от 32 до 37 недель. При билиарном панкреатите у 58 (43,6%) беременных наблюдались приступы и до беременности. Всего 63 (47,4%) пациентки повторно поступали в клинику с рецидивами панкреатита во время данной беременности.

Обращает на себя внимание богатый соматический анамнез женщин с ОП.

Лидирующие позиции во всех группах занимали заболевания желудочно-кишечного тракта, среди которых преобладали хронический гастрит и дискинезия толстого кишечника. Нарушения функции желчного пузыря отмечены с одинаковой частотой у беременных с ОП, удельный вес данной патологии превышал 70% в структуре экстрагенитальных заболеваний. Кроме того, в группах беременных с ОП диагностированы хронический холецистит, панкреатит, гепатит, хронический аппендицит и пиелонефрит. Необходимо отметить, что среди беременных с ОП практически отсутствовали соматически здоровые женщины. У каждой пациентки в обеих группах проследжено сочетание двух и более различных экстрагенитальных заболеваний.

Клиническое течение ОП в группах оценивали по времени купирования болевого синдрома, диспепсических расстройств, а также по срокам выписки беременных из хирургического отделения или частоте перевода пациенток в отделения акушерско-гинекологического профиля в связи с выявлением осложнений гестации.

Анализируя течение ОП в группах беременных, мы не отметили существенных различий при оценке частоты болевого синдрома при поступлении, до начала проведения интенсивной инфузионной терапии.

УЗИ выполняли на аппаратах экспертного класса «Лоджик-7» («Дженерал электрик») и «Аплио-500» («Тошиба»). Чрескожные вмешательства проводили в специально оборудованной рентгенооперационной, оснащенной аппаратом УЗ-диагностики (портативным или среднего класса) и мобильной рентгеновской установкой типа «С-дуга» фирмы «Дженерал электрик». Для дренирования использовали расходные материалы фирмы COOK: пункционные иглы 18 G, проводники различной степени жесткости, дренажи различной модификации диаметром от 10,5 до 22 Fr.

Эндовидеохирургические вмешательства выполнялись под общей анестезией с интубацией трахеи и применением мышечных релаксантов. Для выполнения операции использовали аппаратуру и инструментарий фирмы Karl Storz Endoscopy (Германия).

Сбор, обработка и анализ медицинской документации проведены с помощью пакета анализа, входящего в состав программного обеспечения для статистического анализа данных StatSoft STATISTICA 7 для Windows.

Результаты и их обсуждение

Принципиальным моментом лечения беременных с ОП являлось то, что первые двое суток лечение даже неосложненных форм ОП у беременных осуществлялось в условиях реанимационного отделения с участием анестезиологов-реаниматологов, хирургов и акушеров-гинекологов.

При сочетании беременности и ОП длительность заболевания до госпитализации в стационар чаще всего превышала 12 часов. Более 65% беременных обращались за медицинской помощью спустя 12–24 часа от начала заболевания. При поступлении в стационар во всех случаях беременные с ОП предъявляли жалобы на тошноту и рвоту. Боль в эпигастриальной области без типичной иррадиации отмечали 62 беременных с ОП (46,6%). На «опоясывающий» характер боли указывали лишь 9,7% беременных ($n = 13$). В каждом четвертом случае болевой синдром у беременных с ОП был либо невыраженный, либо без четкой локализации. На вторые сутки проводимой терапии в первой группе боли в животе отмечали 23 женщин (19%), в то время как во второй группе в эти же сроки жалобы на боль в эпигастриальной области сохранялись у 11 беременных (91,6%). На пятые сутки лечения в первой группе на сохранение болевого синдрома без четкой локализации указали лишь 12 пациенток (9,9%), а во второй группе на фоне сохранения болевого синдрома — практически две трети беременных ($n = 8$; 61,5%) предъявляли жалобы на боль в нижних отделах живота, что было обусловлено появлением симптомов угрожающего прерывания беременности, в то время как в первой группе такие жалобы были отмечены только у 7,0–5,8%. Наличие болевого синдрома, связанного с повышением тонуса и возбудимости матки, потребовало дополнительного назначения спазмолитических препаратов и проведения токолитической терапии. В первой группе вздутие живота выявлялось

у беременных только в I половине гестации ($n = 19$; 15,7%), а наличие частого жидкого стула прослежено у половины беременных ($n = 51$; 50,4%). Во второй группе данные показатели отмечены у 75% пациенток. Желтушное окрашивание слизистых оболочек и кожных покровов отмечено у 13 пациенток (9,7%) в обеих группах. Следует отметить, что развитие ОП у беременных часто не сопровождалось гипертермической реакцией организма. Однако во всех наблюдениях при сочетании беременности и ОП констатирована тахикардия. Определенные трудности дифференциальной диагностики создавали случаи повышения артериального давления при поступлении беременных с ОП (12%). Детальный сбор анамнеза и результаты дополнительного обследования позволили отнести этот вариант гемодинамических нарушений к проявлениям вегетососудистой дистонии на фоне возникновения болевого синдрома и обезвоживания организма (рвота, диарея). Кроме того, при стандартном лечении ОП диспепсические расстройства в виде тошноты (рвоты, диареи) сохранялись у каждой четвертой беременной до пятых суток.

Стандартная терапия беременных с ОП при поступлении в стационар в обеих группах была направлена на лечение основного заболевания и профилактику угрожающего прерывания беременности. При стандартном лечении были использованы местная гипотермия, анальгетик баралгин (метамизол натрия 500 мг в 1 мл) 2–5 мл внутривенно или внутримышечно два раза в день 1–3 дня, спазмолитические препараты дротаверин или но-шпа 2,0 внутримышечно два раза в сутки 5–10 дней, антипротеолитические препараты контрикал 60 тыс. ЕД в сутки 3–5 дней, ингибиторы протонной помпы омез, париет по 20 мг в сутки 5–7 дней, инфузионная терапия в объеме 15 мл/кг массы тела с соотношением коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4, антибактериальные препараты цефазолин 1,0 внутримышечно два раза в день или ампициллин 0,5 г внутримышечно четыре раза в день 5–7 дней. По показаниям дополнительно на фоне стандартной терапии были включены натуральный микронизированный прогестерон (Утрожестан® в дозе 200 мг интравагинально с первых

суток лечения ОП ежедневно до срока беременности 37 недель + 1 день), антиагрегантный препарат (Курантил 75 мг в сутки на протяжении четырех недель), токолиз при угрозе прерывания беременности во II–III триместрах (Тратроцил вводится непрерывно в трех последовательных этапах. Первый этап: для быстрого блокирования окситоциновых рецепторов ударная доза — сразу после постановки диагноза «преждевременные роды» болюсно проводится (струйно) вводится раствор для инъекций в начальной дозе 6,75 мг / 0,9 мл, внутривенное введение. Второй этап: следует сразу после первого — вводится инфузия 100 мл [из расчета 90 мл физиологического раствора и 10 мл Тратроцила два флакона по 37,5 мг / 5 мл] в течение трех часов со скоростью 24 мл в час или 8 капель в минуту. Третий этап: 300 мл раствора [270 мл физиологического раствора 30 мл Тратроцила, т.е. шесть флаконов по 37,5 мг / 5 мл] со скоростью 8 мл в час или 3 капли в минуту вводится в течение 45 часов) на фоне приема Утрожестана.

Выписка 98 беременных первой группы (81%) из хирургического отделения осуществлялась на 8–10-е сутки от начала проведения терапии ОП. Во второй группе лишь две женщины (16,7%) были выписаны на 12–14-е сутки, а 10 беременных этой группы (64,3%) длительное время находились на лечении в хирургическом и реанимационном отделениях при постоянном динамическом контроле со стороны акушеров-гинекологов в связи с появлением клинических симптомов угрожающего абортa или преждевременных родов. Средняя продолжительность пребывания беременных с ОП в хирургическом стационаре составила в первой группе $10,1 \pm 0,8$ суток, в группе сравнения — $21,3 \pm 1,8$ суток ($P < 0,05$).

Угроза прерывания беременности имела место у всех женщин (100%).

Общий показатель гибели плодов составил 9,7%. Необходимо также подчеркнуть, что наибольшая частота потерь беременности констатирована при развитии ОП в I триместре гестации. Среди больных, у которых панкреатит развился во II и III триместрах беременности, только в одном случае была потеря плода.

Самопроизвольный выкидыш в период от 5 до 14 дней от начала забления констатирован у 7 женщин, неразвивающаяся беременность — у 5, а преждевременные роды, включая индуцированные в связи с антенатальной гибелью плода при сроках гестации от 23 до 36 недель, — у 1 беременной.

Существенную помощь в диагностике ОП у беременных оказывали дополнительные методы исследования. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнялось всем беременным при поступлении в стационар. Информативность сонографии в плане диагностики ОП, по нашим данным, составила чуть более 89%. При обследовании холелитиаз диагностировался при ультразвуковом исследовании брюшной полости у 78,1% пациенток с сохраненным желчным пузырем. Холедохолитиаз был диагностирован у 9 пациенток (8,7%) до ЭРХПГ, либо при ультразвуковом исследовании у 7 пациенток, либо при магниторезонансной холангиопанкреатографии еще до беременности у 2 пациенток. ЭРХПГ была выполнена у 12 пациенток в первой и у 5 во второй группах. Исследование было технически успешно у всех пациенток и не привело к прогрессированию заболевания. Показанием к проведению ЭРХПГ послужило наличие конкрементов в холедохе с признаками гипертензии в желчных протоках, оно было дополнено папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. В этой группе наблюдались минимальные осложнения (повышался уровень амилазы, появлялась боль в животе), которые купировались в первые 24 часа консервативными мероприятиями. Еще у трех пациенток после ЭРХПГ, выполненной в связи с желчной гипертензией, но при отсутствии конкрементов по данным УЗИ, были выявлены стриктура или сдавление терминальной части холедоха. Шести больным с холелитиазом и перенесенным биллиарным панкреатитом (4,5%) в I и II триместрах выполнялась холецистэктомия во время данной беременности в связи с острым рецидивирующим холециститом. Только 1 больной (0,8%) с клиникой острого деструктивного холецистита в III триместре

(35 недель беременности) произведена холецистэктомия одновременно с кесаревым сечением.

Комплексное УЗИ органов малого таза и плода в динамике проводили всем беременным при поступлении, на 4–5-е сутки лечения, а также при появлении симптомов осложнений гестации на 7–10-е сутки у беременных, переведенных для лечения в отделения акушерско-гинекологического профиля.

При появлении клинических симптомов угрожающего прерывания беременности (болевой синдром, кровянистые выделения из половых путей, повышение возбудимости и тонуса матки при пальпации) во все изучаемые сроки гестации мы наблюдали снижение систоло-диастолического соотношения (СДО) в правой и левой маточных артериях в 1,3 раза в сравнении с показателями до начала лечения ОП ($P < 0,05$). При изучении пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) в маточных артериях у беременных второй группы сравнения на 7–10-е сутки проводимой терапии прослежено дальнейшее возрастание индексов периферического сосудистого сопротивления, что свидетельствовало о сохраняющихся нарушениях маточно-плацентарного кровотока, при этом отсутствовала разница значений с исходными данными, но сохранялась статистическая достоверность с аналогичными показателями контрольной группы.

Необходимо отметить, что при определении качественных параметров маточной гемодинамики (СДО, ПИ и ИР) в динамике проводимой терапии отечной формы острого панкреатита (ОП) у беременных отсутствовала достоверность различий полученных результатов между правой и левой маточными артериями при всех сроках гестации, а полученные значения даже у пациенток с осложнениями гестации не имели значимых различий с показателями при физиологическом течении беременности ($P > 0,05$). Кроме того, ни в одном из наблюдений у пациенток с ОП и прогрессирующей беременностью ни до, ни в процессе лечения (до 7–10 суток) мы не выявили нарушений гемодинамики в сосудах пуповины, а также в аорте и средней мозговой артерии плода. Проведение комплексного УЗИ показало сохранение

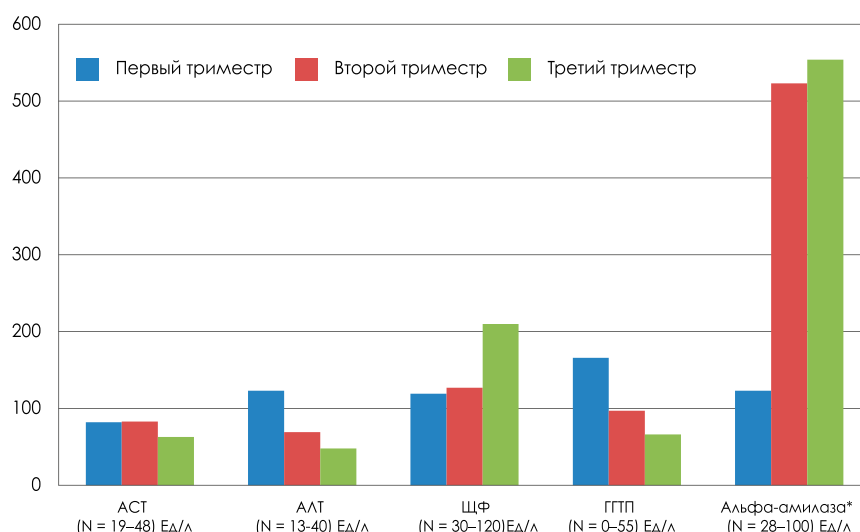


Рисунок 1. Биохимические показатели при ОП*. Показатель уменьшен вдвое.

и прогрессировании нарушений маточной гемодинамики у беременных на 4–5-е сутки развития ОП во второй группе с увеличением скоростей кровотока и снижением индексов периферического сопротивления сосудов на 7–10-е сутки, что способствовало возникновению структурных изменений шейки матки и клинических симптомов угрожающего прерывания беременности.

По нашему мнению, сохранение высоких значений интегральных показателей токсичности при лечении беременных с панкреонекрозом на протяжении пяти суток свидетельствует о недостаточной эффективности используемых способов терапии, недостаточной детоксицирующей функции организма при беременности, что приводит к эндотоксиновой агрессии и может повлиять на исход беременности.

В то же время рутинные лабораторные тесты (биохимия крови, в том числе определение активности амилазы в крови и моче), свидетельствующие о нарастании печеночно-почечной недостаточности, нарушении внешнесекреторной функции поджелудочной железы, не являются строго специфическими при остром панкреатите (рис. 1). Только проведение мультидисциплинарного консилиума позволяло в большинстве наблюдений определить адекватный объем обследования для правильной постановки диагноза и тактики лечения.

Наибольший интерес представляет лечение беременных с развившимся

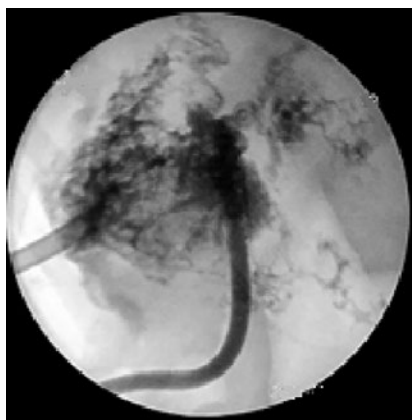
панкреонекрозом и постнекротическими осложнениями. Для сравнительной оценки эффективности лечения больных использовали классификацию острого панкреатита, основанную на данных лучевой диагностики, принятую в 2008 году в г. Мумбаи (Индия) на совещании рабочей группы по пересмотру классификации Атланты.

Постнекротические панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в зависимости от содержимого были разделены на:

- инфицированный некроз без выраженного жидкостного компонента;
- с преимущественно экссудативным компонентом (флюктуирующее);
- с преимущественно некротическим компонентом (секвестрами).

При развитии постнекротических осложнений больные были разделены на две подгруппы по степени тяжести острого панкреатита. При разделении больных на данные категории использовали классификацию В.И. Филина — А.Д. Толстого, согласно которой к больным со средней степенью тяжести в фазе гнойно-некротических осложнений относят пациентов с единичными абсцессами различной локализации, а с тяжелым состоянием — больных со сливной секвестральной флегмоной парапанкреатической клетчатки в пределах сальниковой сумки и распространяющейся за пределы сальниковой сумки по левому и (или) правому флангу и (или) корню брыжейки.

При ретроспективном анализе историй болезни были установлены



Рисунки 2, 3. Инфицированный некроз параколической клетчатки.

следующие достоверные признаки гнойно-некротических осложнений деструктивного панкреатита, развивающиеся в среднем на $12,0 \pm 1,5$ суток от начала заболевания:

1. клинические (лихорадка выше $38,6^\circ\text{C}$; частота сердечных сокращений более 100 в минуту; частота дыхательных движений более 100 в минуту);
2. лабораторные (лейкоцитоз более $14 \times 10^9/\text{л}$; общий белок менее 60 г/л; глюкоза крови более 8 ммоль/л);
3. рентгенологические (реактивный плеврит, нижнедолевая пневмония);
4. ультразвуковые (увеличение размеров, размытость, неоднородность структуры поджелудочной железы, жидкостные скопления различной структуры в клетчаточных пространствах, свободная жидкость в брюшной полости);
5. прокальцитониновый тест (увеличение концентрации ПКТ более 1,8 нг/мл в двух последовательных определениях);
6. МСКТ-индекс тяжести по Balthazar (выявление неконтрастируемых зон ПЖ, превышающих более 30% ПЖ или более 3 см).

МСКТ была использована в наших наблюдениях только в трех наблюдениях, когда у беременных или развивался выкидыш, или принималось решение о прерывании беременности. В остальных случаях мы избегали данного вида диагностики из-за высокой лучевой нагрузки.

Во второй группе преобладали пациенты с деструктивным

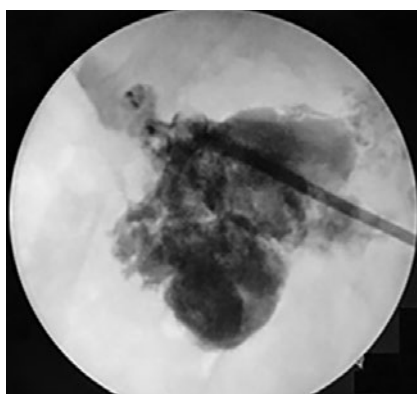


Рисунок 4. Фистулограмма жидкостных скоплений с преимущественно жидкостным содержимым.

панкреатитом и наличием жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, при лечении которых использовали чрескожные мининвазивные дренирующие вмешательства. Все больные были разделены на три подгруппы.

1. Инфицированный некроз без жидкостного компонента

При УЗИ в забрюшинной клетчатке определяли гиперэхогенную зону с нечеткими неровными контурами различных размеров и конфигурации с линейными прослойками жидкости. При фистулографии отмечалось пропитывание забрюшинной клетчатки по типу пчелиных сот без четких контуров и границ. Полного отграничения зоны деструкции еще не произошло, поэтому на данном этапе патологического процесса она имели полигональные формы со множеством отростков (рис. 1а). Особенностью дренирования являлось то, что во время диагностической пункции

гною получали лишь при активной аспирации в объеме 1–3 мл. Это было показанием для установки дренажей большого диаметра (от 18 Fr и более) с целью адекватного оттока гнойного экссудата и детрита (рис. 2 и 3).

При этом типе некроза выполнены пять мининвазивных вмешательств. У одной больной вследствие неэффективности мининвазивного лечения были выполнены лапароскопия, вскрытие, санация и дренирование очагов деструкции. Еще в одном случае лапароскопию выполняли по поводу аррозионного кровотечения.

2. Скопления с преимущественно жидкостным компонентом

Данный вид жидкостных скоплений при УЗИ имел овальную или округлую форму, четкие, довольно ровные контуры. В структуре жидкостного скопления визуализировали мелкие гиперэхогенные включения, флюктуирующие при компрессии датчиком. Некротический компонент либо полностью отсутствовал, либо был представлен единичными мелкими гиперэхогенными включениями размером до 5–10 мм.

При фистулографии определяли полость с четкими и довольно ровными контурами овальной или округлой формы и умеренно неоднородным контрастированием (рис. 4).

Поскольку данные скопления не имели крупных фрагментов некротизированной ткани, диаметр дренажа мог быть не более 14 Fr. В этих случаях, как правило, удавалось добиться быстрой санации полости. При этих видах ЖС выполнены восемь мининвазивных вмешательств, в двух случаях они были дополнены видеоскопической операцией вследствие формирования ограниченного серозно-фибринозного перитонита. Лечение самих жидкостных скоплений не потребовало дополнительных способов.

Осложнением в данной подгруппе явилось формирование кишечного свища у одной пациентки, ликвидированного консервативно.

3. Жидкостные скопления с секвестрами

Данный вид жидкостных скоплений при УЗИ имел нечеткие неровные контуры, овальную или округлую

форму. В просвете скопления визуализировали неоднородное содержимое за счет наличия гиперэхогенных включений, неокрашиваемых при дуплексном сканировании. Эти включения могли занимать объем более чем 50 % относительно экссудативного компонента.

При фистулографии определяли полость с нечеткими неровными контурами с множеством дефектов контрастирования (секвестрами), фиксированными по краю образования либо свободно лежащими и смещающимися в просвете (рис. 5).

Эти ЖС были дренированы дренажами большого диаметра типа «корзинка» (18–28 Fr). Число дренажей было неограниченным и зависело от числа недренируемых зон деструкции (рис. 6).

Эндовидеоскопические вмешательства выполнены у пяти больных (41,6 %). У двух больных лапароскопия была выполнена с целью дифференциальной диагностически при экстренной госпитализации с клиникой перитонита. У остальных пациентов эндохирургическое вмешательство дополняло дренирующие операции под УЗ-контролем при неэффективности проводимого лечения или неэффективности санации зон деструкции поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки (рис. 7 и 8). При выборе оперативного пособия и его объема ориентировались на расположение зоны деструкции:

1. при деструкции в парапанкреатической клетчатке чаще производили лапароскопию, ревизию, секвестрэктомия и санацию салниковой сумки, санацию и дренирование брюшной полости;
2. при деструкции в параколической клетчатке выполняли ревизию с соответствующей стороны, секвестрэктомия, санацию и дренирование зон гнойного расплавления лапароскопическим доступом, либо выполняя ретроперитонеоскопию.

Заключение

Диагностика и лечение ОП при беременности остаются и будут оставаться прерогативой хирургов. Однако возникновение острого

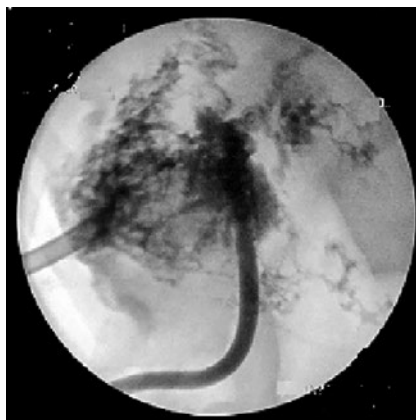


Рисунок 5. Жидкостное скопление с преимущественно некротическим компонентом.



Рисунки 7, 8. Эндовидеоскопическая картина.



Рисунок 6. Дренажи типа «корзинка», установленные в различных зонах деструкции парапанкреатической и параколической клетчатки. Диаметр дренажей от 14 до 24 Fr.

воспалительного процесса вследствие грубых нарушений гомеостаза и эндотоксикоза негативно отражается на функционировании системы «мать — плацента — плод», увеличивая риск неблагоприятных исходов беременностей. Мультидисциплинарный подход у беременных позволяет не только купировать развитие острого панкреатита и предотвратить развитие грозных осложнений, но и выполнять при необходимости с помощью малоинвазивных методов лечения коррекцию нарушений гомеостаза и гормонального фона с целью профилактики преждевременных родов и осложнений гестации.

Список литературы

1. Buchler M. W., Gloor B., Müller C. A. et al. Acute necrotizing pancreatitis: Treatment strategy according to the status of infection // *Ann. Surg.* — 2000. — 232. — 619–626.
2. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Инфицированный панкреонекроз. Инфекция в хирургии. 2003; 1: 34–39.
3. Багненко С. Ф. Хирургическая панкреатология / Багненко С. Ф., Курыгин А. А., Синенченко Г. И. — СПб.: Речь, 2009. — 608.
4. Багненко С. Ф., Гольцов В. Р. Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы // С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов / Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — Т. 3. — № 3. — 2008. — 104–112.

5. Еремина Е. Ю. Панкреатит у беременных / Е. Ю. Еремина // *Практическая медицина.* — 2012. — № 3 (58). — С. 23–28.
6. Костенко В. С. Особенности интенсивной терапии острого панкреатита у беременных / В. С. Костенко, Т. П. Кабанько, В. С. Балацко и др. // *Вестник неотложной и восстановительной медицины.* — 2012. — Т. 13, № 2. — С. 287–289.
7. Amin T. Management of hypertriglyceridaemia-induced acute pancreatitis in pregnancy / T. Amin, L. C. Poon, T. G. Teoh et al. // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2014. — Vol. 5. — P. 1–5.
8. Gupta N. Severe hypertriglyceridemia induced pancreatitis in pregnancy / N. Gupta, S. Ahmed, L. Shaffer et al. // *Case Rep. Obstet. Gynecol.* — 2014. — Vol. 3. — P. 485493.
9. Li H. L. Clinical analysis of acute hyperlipidemic pancreatitis during pregnancy and postpartum period / H. L. Li, Y. H. Jiang, Y. Wei et al. // *Beijing. Da Xue Xue Bao.* — 2014. — Vol. 46 (1). — P. 125–9.
10. Redechová S. Thrombotic microangiopathy in pregnancy complicated by acute hemorrhagic-necrotic pancreatitis during early puerperium / S. Redechová, L. Federová, L. Hammerová et al. // *Ceska Gynkol.* — 2014. — Vol. 79 (3). — P. 190–2.
11. Charlet P. Acute pancreatitis and pregnancy: Cases study and literature review / P. Charlet, V. Lambert, G. Carles // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris).* — 2014. — Vol. 2315 (14). — P. 00217–8.
12. Ducarme G. Acute pancreatitis during pregnancy: a review / G. Ducarme, F. Maire, P. Chatel et al. // *J. Perinatol.* — 2014. — Vol. 34 (2). — P. 87–94.
13. Sun Y. Clinical analysis of 16 patients with acute pancreatitis in the third trimester of pregnancy / Y. Sun, C. Fan, S. Wang // *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* — 2013. — Vol. 6 (8). — P. 1696–701.