

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ

В. П. Кравець, канд. мед. наук, заслужений лікар України;

С. А. Сміян*, канд. мед. наук, доцент;

Т. Є. Астафьєва, завідувача ВАІТ,

КЗ СОР обласний клінічний перинатальний центр, м. Суми

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

У статті подано сучасні відомості про етіопатогенез, діагностику, лікування гострого панкреатиту у вагітних та наводиться клінічний випадок успішного лікування вагітної з гострим набряковим панкреатитом, передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти з практики Сумського обласного клінічного перинатального центру.

Ключові слова: вагітність, гострий панкреатит.

В статье изложены современные представления об этиопатогенезе, диагностике, лечении острого панкреатита у беременных и приводится клинический случай успешного лечения беременной с острым отечным панкреатитом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты из практики Сумского областного клинического перинатального центра.

Ключевые слова: беременность, острый панкреатит.

ВСТУП

Серед гострих захворювань органів черевної порожнини панкреатит займає 3-тє місце після гострого апендициту і гострого холециститу. Стосовно пологів частота панкреатиту коливається від 1:2880 до 1:11464. Незважаючи на рідкість розвитку гострого або загострення хронічного панкреатиту у вагітних, майже всі автори звертають увагу на високу материнську – 39 (у невагітних 6-33) і перинатальну смертність – 38. У вагітних захворювання проходить більш тяжко; розвитку панкреатиту сприяють не тільки механічні порушення, які заважають відтоку панкреатичного соку, але й гормональні зміни, що властиві вагітності. Фоном для розвитку панкреатиту є інфекційні захворювання, інтоксикації, стресові ситуації, захворювання печінки і шлунково-кишкового тракту, холецистити, прееклампсія. У вагітних найчастіше спостерігається набряковий панкреатит, рідше - панкреонекроз і гнійний панкреатит. Панкреатит виникає в будь-якому терміні вагітності, але частіше у другій її половині [1, 2]. До факторів, які провокують виникнення панкреатиту у вагітних, необхідно віднести порушення дієти, зниження фізичної активності, порушення моторики шлунково-кишкового тракту, пов'язане з гормональними впливами естрогенів, захворювання жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, білкову недостатність, інфекції, а також поліпрагмазію.

Діагностика панкреатиту у вагітних утруднена. Складність діагностики пояснюється не тільки особливостями клінічного перебігу, але й особливостями біохімічних досліджень. Підвищення активності ферментів у крові вагітних може бути пов'язане не тільки з патологічним процесом у підшлунковій залозі, але й зі змінами у регуляції її функції. Тим не менше, у більшості вагітних діагноз підтверджується на підставі різкого підвищення активності амілази, ліпази, інгібітора трипсину у сироватці крові і діастази сечі. Важливе діагностичне і прогностичне значення має визначення вмісту кальцію у крові. Зниження його рівня після 2-ї доби захворювання свідчить про прогресування процесу [1, 4].

Для діагностики широко використовується ультразвуковий метод, але його діагностичні можливості обмежені терміном вагітності, тому що матка при вагітності більше 28 тижнів заважає огляду підшлункової залози [2].

Лікування вагітних з панкреатитом є не менш складним завданням, ніж його діагностика. Розпочинати його потрібно якомога раніше і проводити комплексно, починаючи з інтенсивної консервативної терапії. Призначаються голод, спазмолітичні та знеболювальні засоби, інгібітори протеїназ, інфузійна терапія з урахуванням діурезу, антибіотики і пробіотики. Хірургічне лікування в гострій стадії хвороби значно збільшує кількість ускладнень і летальність хворих [1, 3]. Хвору повинні постійно спостерігати акушер-гінеколог разом з хірургом.

Питання пролонгації вагітності вирішується індивідуально. У гострій фазі захворювання переривання вагітності можливе лише за суворими акушерськими показаннями. Вибір методу розродження вагітних з панкреатитом є досить складним завданням. Пологи проводять через природні пологові шляхи. При розвитку перитоніту і у випадку необхідності кесарева розтину спочатку виконують акушерську операцію, яка частіше закінчується гістеректомією з матковими трубами. Методом вибору може бути екстраперитонеальний кесарів розтин.

МЕТА

Метою публікації є представлення для широкого загалу лікарів клінічного випадку з нашої практики, який поєднав тяжку хірургічну патологію – гострий панкреатит – з передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти у вагітної з рубцем на матці, складного для діагностики та лікування і успішно проведеного у Сумському обласному клінічному перинатальному центрі (СОКПЦ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Спостерігали жінку з гострим набряковим панкреатитом, який розвинувся при вагітності, ускладнився передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вагітна П. 35 років, госпіталізована до відділення патології вагітності (ВПВ) СОКПЦ 23.05.11 р. за направленням акушера-гінеколога ЦРЛ для проведення розродження.

З анамнезу життя: у віці 2 тижнів була удочерена. З дитинства страждає надлишковою вагою. Відмічає задишку з підліткового віку, особливо при фізичному навантаженні. Останні 10 років спостерігається варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок із трофічними порушеннями, не лікувалася. Достатньої уваги стану здоров'я та режиму харчування не приділяла. Незаміжня. Домогосподарка.

Менструальна функція не порушена, менархе в 12 років. Репродуктивна функція: I вагітність доношена у 1996 р. Завершена шляхом операції кесарева розтину з приводу великовагового плода (4500,0 г), II і III – медичними абортами. Ця вагітність IV. На обліку в жіночій консультації з 14 – 15 тижнів вагітності, дату останньої менструації не пам'ятає. У терміні вагітності 21-22 тижні перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності на тлі материнсько-плодового інфікування. Виписана у задовільному стані, вагітність збережена.

Скарг під час госпіталізації не пред'являла, загальний стан задовільний, показники гемодинаміки і стан плода стабільні. Після первинного огляду у стаціонарі встановлено діагноз: вагітність IV,

37 тижнів. Тазове передлежання плода. Рубець на матці. Ожиріння II ст. Варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок.

Для встановлення клінічного діагнозу було призначено планове обстеження, динамічне спостереження за станом матері і плода. З метою визначення методу розродження вагітної скликано пренатальний консиліум лікарів 25.05.11 р., який ухвалив рішення – пологи розпочати проводити через природні пологові шляхи, враховуючи спроможність рубця на матці за даними УЗД, повне сідничне передлежання плода та невелику передбачувану масу плода (3200,0 г).

Вранці 31.05.11 р. вагітна поскаржилася на біль в епігастральній ділянці, сухість у роті, спрагу, нудоту, блювання, загальну слабкість, озноб. Погіршення стану пов'язує з уживанням напередодні домашньої їжі (м'ясна тушонка, варені яйця). Значних змін у загальному стані вагітної не було. Терміново проведено лабораторні дослідження крові: зсув лейкоформули вліво – 18 паличкоядерних нейтрофілів при нормальній кількості лейкоцитів, білірубінемія – 39,4 мкмоль/л, рівень діастази крові – 1024 од. На підставі клініко-лабораторних показників поставлено діагноз: гострий панкреатит.

Хворій було призначено інфузійну терапію, введення спазмолітиків, знеболювальних, внутрішньовенно контрикал, динамічне спостереження в умовах ВПВ.

У той самий день о 19.00 год черговою зміною відмічено погіршення стану вагітної. Після незначного покращання на фоні проведеної терапії відновилися вищенаведені скарги, підвищилася температура тіла до 38 °С, виявлено здуття живота. Стан хворої розцінено як тяжкий: блідість шкіри, пожовтіння склер, задишка до 24 за 1 хвилину. Аускультативно везикулярне дихання, сатурація 96. Гемодинаміка стабільна, помірна тахікардія, ЧСС до 96 пошт. за 1 хв. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, болісний при пальпації у епігастрії та правому підребер'ї. Перистальтика кишечника вяла. Симптоми подразнення очеревини негативні. Матка в нормальному тонусі. Стан плода не порушений.

Для подальшого спостереження і лікування вагітна переведена до відділення анестезіології та інтенсивної терапії СОКПЦ. Проведено корекцію лікування: дезінтоксикаційна інфузійна терапія збільшена до 2,5 л, голод, холод на епігастральну ділянку. Проведено промивання шлунка. Лабораторно відмічено збільшення рівня діастази крові до 16384 од., зростання білірубінемії до 42,5 мкмоль/л.

Близько 00.10 год 01.06.11 р. на фоні інтенсивної терапії вагітна поскаржилася на біль низу живота, рясні кров'яні виділення із статевих шляхів. У хворої розвинулося передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти. Необхідне було термінове дострокове розродження шляхом операції кесарева розтину. Анестезіологічне забезпечення – багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія + ШВЛ.

Проведено нижньосерединну лапаротомію, кесарів розтин у нижньому сегменті матки за Гусаковим. На 3-й хвилині від початку операції витягнутий живий доношений хлопчик з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині 6 балів. Рана на матці ушита однорядним безперервним швом вікриловою лігатурою. При ревізії органів черевної порожнини виявлено: близько 100 мл серозно-гнійної рідини, жовчний міхур збільшений у розмірі, напружений, гіперемований, заповнений конкрементами; підшлункова залоза значно збільшена, набрякла. Для консультації і вирішення питання про обсяг хірургічного втручання у операційну викликано хірурга. Складність ситуації була зумовлена не тільки хірургічною патологією, але й тактикою відносно збереження матки. Хірургом проведені холецистектомія, дренажування холедоха за

Піковським, дренавання сальникової сумки, дренавання черевної порожнини.

Діагноз після операції: II строкові пологи. Рубець на матці. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти. Гострий набряковий панкреатит. Дифузний серозний перитоніт. Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення. Ожиріння II ст. Варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок. Хронічна венозна недостатність I ст.

Після проведеного хірургічного втручання курованій хворій призначено комплекс заходів, що спрямований на профілактику тромбоемболічних і септичних ускладнень, гіпостатичної пневмонії, до складу якого входили: постільний режим, голод, постійний стік із шлунка, інфузійна терапія з розрахунку фізіологічних і патологічних втрат з урахуванням повного голоду - перші чотири доби обсяг від 4 до 5 літрів (дезінтоксикаційні препарати, електроліти, дезагреганти, білкові препарати, препарати для парентерального харчування); враховуючи високий ризик септичних ускладнень, обрано антибіотик резервного ряду із групи карбапенемів – меронем у комбінації з мератином; антикоагулянти, знеболювальні препарати, спазмолітики, специфічна терапія – контрикал, квамател, сандостатин; моніторинг гемодинамічних і клініко-лабораторних показників.

У зв'язку з небезпекою розвитку парезу кишечника, при недостатній динаміці відновлення його роботи, на другу добу післяопераційного періоду проведена стимуляція кишечника методом пролонгованої епідуральної анестезії. Ефект достатній.

З третьої доби післяопераційного періоду у хворої почала наростати задишка. Частота дихання досягала 30–32 за 1 хвилину, сатурація знизилася до 92–93, з'явилася помірна артеріальна гіпертензія, дещо збільшився ЦВТ. У хворої черевний тип дихання, тому значних зусиль прикладали, щоб навчити її правильно дихати, кожні 1,5–2 години перевертали у ліжку, займалися дихальною гімнастикою, розраховували обсяг інфузійної терапії так, щоб звести добовий гемогідробаланс до нуля.

Впродовж перших трьох діб післяопераційного періоду рівень білірубину крові, лейкоцитів і кількість паличкоядерних нейтрофілів наблизилися до норми. Весь післяопераційний період проходив на фоні виразної гіпопротеїнемії, високого рівня діастази крові та сечі, анемії легкого і середнього ступенів, нормоглікемії, гіпокальціємії (табл. 1). Показники згортання крові, функції нирок були в межах норми.

Таблиця 1 – Динаміка лабораторних показників за період перебування хворої у ВАІТ

| Показники, що вивчалися | Показники за датою | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 1.06 | 2.06 | 3.06 | 4.06 | 5.06 | 6.06 | 7.06 | 8.06 | 9.06 | 10.06 | 11.06 | 12.06 | 14.06 |
| Нв, г/л | 138 | 107 | 104 | 96 | 93 | 90 | 88 | 85 | 87 | - | 96 | 95 | 96 |
| Лейкоцити, 10 ⁹ /л | 13,7 | 9,9 | 8,6 | 8,9 | 9,2 | 8,5 | 7,1 | 7,2 | 9,7 | - | 7,9 | 7,6 | 8,7 |
| П/я , | 15 | 12 | 9 | 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | - | 4 | 4 | 3 |
| Загальний білок, г/л | 56,2 | 49,6 | 50,1 | 51,4 | 54,5 | 52,5 | 53,1 | 54,2 | 56,1 | - | - | - | - |
| Білірубін, мкмоль/л | 47,4 | 18,4 | 17,6 | 8,3 | 8,6 | 8,7 | 8,9 | 9,0 | 9,7 | - | - | - | - |
| Діастаза крові, од. | 8192 | 1024 | 1024 | 256 | 256 | 256 | 256 | 256 | 516 | 256 | 64 | 64 | 32 |
| Діастаза сечі, од. | 4096 | 2048 | 2048 | 512 | 1024 | 1024 | 2048 | 2048 | 1024 | 1024 | 512 | 512 | 64 |
| ЛПІ | - | 8,3 | 2,8 | 1,7 | 2,7 | 2,3 | - | 2,2 | - | - | - | - | - |

Тільки під кінець четвертої доби у стані хворої намітилася позитивна динаміка: почав працювати кишечник. Породіллі дозволити пити воду, відповідно зменшуючи обсяг інфузійної терапії. З шостої доби дозволили вставати. На восьму добу післяопераційного періоду проведена оглядова рентгенографія органів грудної клітки: лівобічна вторинна нижньочасткова плевропневмонія. Корекція антибіотикотерапії – на групу фторхінолонів. На десяту добу дієта розширена, рекомендовано стіл №1, обсяг інфузійної терапії мінімальний, включаючи тільки антибактеріальну і специфічну (окреотид) терапію, продовжено спазмолітики і антикоагулянти. На 14-ту добу післяопераційного періоду хвора була переведена до гінекологічного відділення. Загоєння лапаротомної рани первинним натягом. На 16-ту добу висновок терапевта: плевропневмонія на стадії завершення. На 22-гу добу видалено дренаж із загальної жовчної протоки. На 23-тю добу породілля у задовільному стані виписана додому із здоровою дитиною.

ВИСНОВКИ

1. Профілактика панкреатиту повинна починатися до вагітності з виявлення жінок із патологією жовчного міхура і підшлункової залози.
2. Під час вагітності жінка з патологією шлунково-кишкового тракту повинна прискіпливо дотримуватися відповідної дієти.
3. За вагітними з гострим панкреатитом або загостренням хронічного панкреатиту необхідно проводити моніторне спостереження для своєчасного виявлення ускладнення, яке він може спричинити, зокрема передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.
4. Збереження генеративної функції жінки після кесарева розтину на фоні перитоніту можливе лише за умов надання допомоги у закладі III рівня при злагодженій сумісній кропіткій роботі акушерів-гінекологів, анестезіологів, хірургів.

SUMMARY

CLINICAL CASE OF ACUTE PANCREATITIS DURING PREGNANCY

V.P. Kravetz, S.A. Smiyan, T.E. Astafieva,
Sumy regional clinical perinatal center, Sumy;
*Medical Institute of Sumy State University,
Rymtskyi-Korsakov Str., 2, Sumy, Ukraine, 40007*

This article gives up-to-date information about etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment of the acute pancreatitis during pregnancy and describes clinical case of successful treatment of a pregnant woman with acute edematous pancreatitis, premature detachment of normally located placenta from the practice of Sumy regional clinical perinatal center.

Key words: pregnancy, acute pancreatitis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Триада-Х, 2005. – С. 258-267.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство / Э.К. Айламазян. – Санкт-Петербург: Издательство Н-Л, 2002. – 432 с.
3. Ермолов А.С. Диагностика и лечение острого панкреатита: учебное пособие для врачей / А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов, В.Г. Андреев. – Москва: РМАПО, 2005. - 34 с.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: монография / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М. В. Ковькова. – Донецк, 2008. – 352 с.

Надійшла до редакції 12 жовтня 2011 р.