

616.37-002.4:618.3.7-06

ПАНКРЕОНЕКРОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Стяжкина С.Н., Ситников В.А.

ГБОУ ВПО « Ижевская Государственная Медицинская Академия», Ижевск, Россия, e-mail:

elinaegorova@mail.ru

Острый панкреатит - острое внезапное воспаление поджелудочной железы, приводящее к омертвлению ткани поджелудочной железы. В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет, главным образом среди лиц трудоспособного возраста, с тенденцией к увеличению больных с тяжелым течением заболевания. У беременных женщин заболевание протекает тяжелее. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и чаще развивается в III триместре беременности. Данная статья посвящена изучению особенностей этиологии и течения острого деструктивного панкреатита у женщин в послеродовом периоде. В результате исследования выяснилось, что пять пациенток (83,3%) с панкреонекрозом выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением для дальнейшего амбулаторного наблюдения и реабилитации. Одна пациентка (16,7%) умерла от полиорганной недостаточности. Необходимо отметить, что у всех женщин по данным УЗИ наблюдалась желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, то есть, вероятнее всего, острый панкреатит имел билиарную этиологию, а состояние беременности и роды явились фоном, способствующим для развития и тяжелого течения заболевания.

Ключевые слова: панкреонекроз, панкреатит, беременные

NECROTIZING PANCREATITIS DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD

Styazhkin S. N., Sitnikov, V. A.

Medical University "Izhevsk State Medical Academy", Izhevsk, Russia, e-mail: elinaegorova@mail.ru

Acute pancreatitis - acute sudden inflammation of the pancreas, leading to necrosis of pancreatic tissue. In recent decades, the incidence of acute pancreatitis has been steadily increasing mainly among people of working age, with a tendency to increase in patients with severe disease. In pregnant women the disease is heavier. Disease, usually associated with gallstone disease and often develops in the III trimester of pregnancy. This article examines the characteristics of the etiology and course of acute destructive pancreatitis in women in the postpartum period. The study revealed that five patients (83,3%) with pancreatic necrosis was discharged in satisfactory condition with the recovery for further outpatient care and rehabilitation. One patient (16,7%) died from multiple organ failure. It should be noted that in all women by ultrasound was observed cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis, i.e., most likely, acute pancreatitis was of biliary etiology, and the condition of pregnancy and childbirth were the background, contributing to the development and severe course of the disease.

Key words: pancreatic necrosis, pancreatitis, pregnant

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

заболевания, которые составляют 20-44% среди больных острым панкреатитом. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита составляет 20-50%, в зависимости от тяжести процесса.

У беременных женщин заболевание протекает тяжелее. Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000—1:10000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и чаще развивается в III триместре беременности.

В большинстве случаев наблюдается обострение хронического рецидивирующего панкреатита во второй половине беременности, но более часто — после родов. Формы процесса различны: от легкого отека поджелудочной железы до ее некроза. Причинами, способствующими обострению панкреатита во время беременности и в послеродовом периоде, являются: наличие желчнокаменной болезни (ЖКБ) или бескаменного холецистита, помимо этого, возникновение заболевания обусловлено еще и гормональной перестройкой организма в данном периоде, протекающей с явлениями токсикоза, и нарушением кровоснабжения в поджелудочной железе. У беременных может развиваться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую очередь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей этиологии и течения острого деструктивного панкреатита у женщин в послеродовом периоде.

Материалы и методы:

За последние 3 года по поводу панкреонекроза в 1 РКБ г. Ижевска находились на лечении 109 больных из них 6 (5,5%) - молодые женщины в послеродовом периоде. Все пациентки поступили в тяжелом состоянии. Все они получали своевременную адекватную комплексную интенсивную консервативную терапию: инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов, даларгин, контрикал, сандостатин, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, ронколейкин, нестероидные противовоспалительные средства, парентеральное питание. Выполнялись оперативные вмешательства: лапаротомия, холецистостомия, абдоминализация поджелудочной железы, ревизия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства с последующими плановыми санациями. Двум женщинам выполнена экстирпация матки. Лечение контролировалось состоянием поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки, брюшины во время плановых санаций, УЗИ, КТ брюшной полости, оценкой лабораторных показателей крови, особое значение уделялось наблюдению за иммунным статусом

пациенток (иммуннограммы в динамике), антибиотикотерапия коррегировалась в зависимости от результатов посевов экссудата брюшной полости и чувствительности этой микрофлоры к антибиотикам, применялись препараты широкого спектра действия группы карбопенемов, макролидов, цефалоспоринов IV поколения вместе с производными нитроимидазола (метрогил), через 5-7 дней производилась смена антибиотиков.

Результаты:

Пять пациенток (83,3%) с панкреонекрозом выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением для дальнейшего амбулаторного наблюдения и реабилитации. Одна пациентка (16,7%) умерла от полиорганной недостаточности.

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

Выводы:

1. Развитие острого деструктивного панкреатита у молодых женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде чаще всего имеет билиарную этиологию и всегда тяжелое течение.
2. Профилактикой развития острого панкреатита у беременных и в послеродовом периоде является лечение ЖКБ до беременности.
3. Ведение беременных с острым панкреатитом должно быть совместным: хирургом и акушером-гинекологом, чтобы вовремя решить вопрос о родоразрешении и показаниях к операции при панкреонекрозе. Лечение должно быть своевременным, адекватным, комплексным. Особую роль следует уделять коррекции иммунного статуса больных и антибиотикотерапии.

Список использованной литературы.

1. Beger H.G., Rau B., Mayer J., Pralle U. Natural Course of Acute Pancreatitis. World J. Surg. 1997; 21 (2): p. 130-135.
2. Бойко В.В., Криворучко И.А., Шевченко Р.С., Смачило Р.М., Песоцкий О.Н. Острый панкреатит: патофизиология и лечение. Харьков.: Торнадо, 2002. 288с.
3. Бибик И. Л., Николаев Н.Е. К вопросу этиопатогенеза острого панкреатита. Белорусский медицинский журнал. 2004; 4(10).
4. Гринберг, А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М.: Триада-Х, 2000. С.181-226.
5. Пугаев, А.В. Острый панкреатит. М.: Профиль, 2007. 335 с.
6. Словоходов Е.К. Острый панкреатит при беременности. Новый хирургический архив 2002;
7. С.В. Урсов, М.В. Лысенко и др. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза.

.Конгресс московских хирургов: неотложная и специализированная хирургическая помощь; 2005, 19 -21 мая, Москва; Тезисы докладов. - С. 117-118

8.Шелест П.В., Миронов В.И. Диагностика и прогнозирование клинико-морфологических форм острого деструктивного панкреатита. Сибирский медицинский журнал 2007; 6: 5-9.