

## ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ВАГІТНИХ

Фелештинський Я.П., Павлів Т.П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та проктології, м. Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>,

e-mail: [office@nmapo.edu.ua](mailto:office@nmapo.edu.ua)

**Резюме.** Частота гострого панкреатиту під час вагітності варіює і складає від 1:1000 до 1:10 000 пологів[2,4].

Розвиток ускладнень пов'язаний з труднощами діагностики та пізнім встановленням діагнозу.

**Матеріали та методи.** Виконано аналіз результатів діагностики та комплексного лікування 123 вагітних. Основна група (I) 61 вагітна з гострим панкреатитом за період з 2012-2018 рр., з використанням розробленого діагностично-лікувального алгоритму та 62 вагітних групи порівняння (II), за період з 2006-2012рр., з використанням традиційних методів лікування та діагностики.

**Результати.** Застосування діагностично-лікувального алгоритму в основній групі дозволило у 100% виявити гострий панкреатит на ранній стадії захворювання, що сприяло отриманню позитивного ефекту від консервативної терапії у 27(44,3%) вагітних, у 31(50,8%) з використанням малоінвазивних хірургічних втручань та дозволило уникнути післяопераційної летальності, на відміну від групи порівняння, де ефект від консервативного лікування досягнуто лише у 21(33,9%) випадку, а летальність складала 2(3,2%). У групі порівняння у 26(41,9%) пацієток цей діагноз було встановлено лише на 8±2,1 добу від початку захворювання.

**Висновок.** Застосування діагностично-лікувального алгоритму в порівнянні з традиційними методами дозволяє діагностувати гострий панкреатит у вагітних на ранній стадії, зменшити число ускладнень та знизити летальність.

**Ключові слова:** вагітність, гострий панкреатит, діагностика, лікування.

**Вступ.** Незважаючи на значну кількість клінічних досліджень, проблема ранньої діагностики та лікування вагітних на гострий панкреатит залишається далекою від вирішення[1,2,3].

Частота гострого панкреатиту під час вагітності варіює і складає від 1:1000 до 1:10 000 пологів[2,4].

Однак гострий панкреатит у вагітних – досить рідкісна ситуація, тому до цього часу відсутній значний статистичний матеріал та проспективні дослідження[5,6].

Особливу увагу на сьогоднішній день привертає рання діагностика гострого панкреатиту та його ускладнень. Незважаючи на інтенсивне лікування цих хворих, материнська і перинатальна летальність серед них сягає 0-18% і 2-37% відповідно[7].

Традиційно для діагностики використовують результати УЗД та лабораторні дослідження. Найчастіше в клінічній практиці використовується визначення амілази та ліпази в крові[7,9].

Золотим стандартом у діагностиці гострого панкреатиту прийнято вважати комп'ютерну томографію. На її

основі побудована загальновідома прогностична таблиця E.J. Balthazar'a (1990). Проте враховуючи негативний ефект впливу опромінення на плід, використання КТ вкрай небажано[8].

**Обґрунтування дослідження.** Оскільки традиційні методи діагностики гострого панкреатиту не відрізняються від діагностики у вагітних, а клінічна картина перебігу захворювання досить часто схожа з гестозом вагітних, у цієї категорії хворих розвиток ускладнень часто пов'язаний із пізньою діагностикою, в 50% випадків це 7-10 доба захворювання.

В останні роки з'явилися спорадичні дослідження визначення панкреатичної еластази сироватки крові у вагітних із гострим панкреатитом. Було виявлено, що сироваткова еластаза найбільш специфічна для гострого панкреатиту, її підвищення відмічено з перших годин (4-6 год.) захворювання.

Водночас, порівняльна оцінка показників сироваткової амілази, ліпази та панкреатичної еластази крові у вагітних не виконувалась, а лікувальна тактика при використанні малоінвазивних, пункційних та лапароскопічних методик потребує удосконалення.

Для покращення результатів лікування гострого панкреатиту у вагітних необхідно визначення діагностичного алгоритму та оптимальної лікувальної тактики у тісній співпраці з акушерами-гінекологами та реаніматологами.

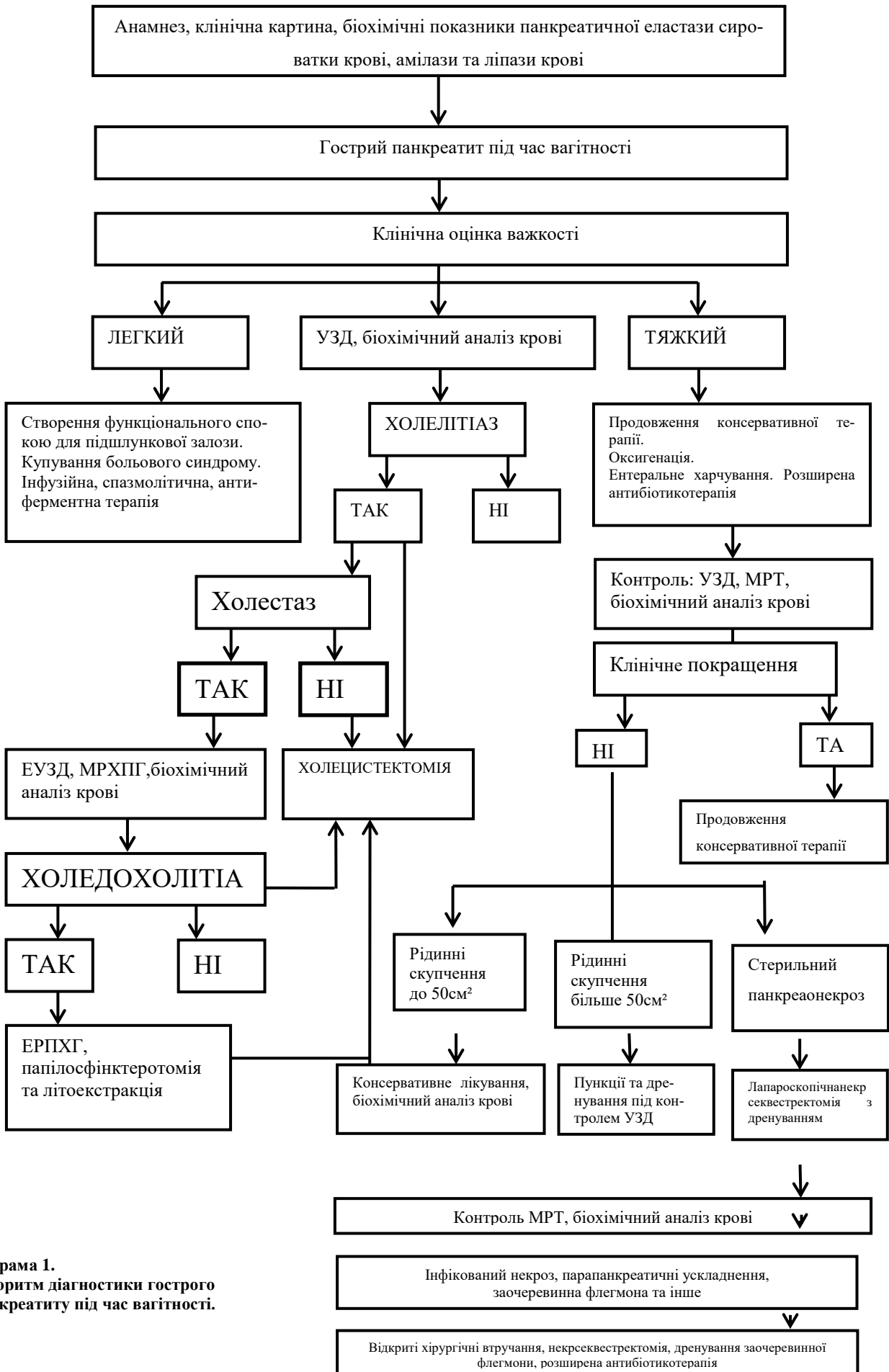
**Мета.** Покращення результатів діагностики та лікування гострого панкреатиту у вагітних.

**Матеріали та методи.** Виконано ретроспективний аналіз результатів діагностики та комплексного лікування 123 вагітних із гострим панкреатитом за період з 2006 до 2018 рр., які отримували лікування у клініці кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика та Київського обласного центру охорони здоров'я матері і дитини. Вік пацієток складав від 18 до 42 років, середній вік 28 ±2,1, термін вагітності 12-37 тижнів.

Ступінь тяжкості гострого панкреатиту у вагітних визначався за вимогами міжнародної класифікації Атланта-92 третього перегляду (2012р.) [10].

Основну групу (I) склали 61 вагітна, що перебували на лікуванні з листопада 2012р. по квітень 2018р. Гострий панкреатит в I триместрі був виявлений у 18 (29,5%) вагітних, у II триместрі у 17(27,9%) та в III – у 26(42,6%) пацієток. При повторних вагітностях гострий панкреатит було виявлено у 21(34,4%). ЖКХ в анамнезі спостерігалось у 11(18,0%) вагітних.

Обстеження лікування вагітних основної групи виконувалось згідно з розробленим діагностично-лікувальним алгоритмом. Алгоритм діагностики гострого панкреатиту під час вагітності наведено в діаграмі 1.



Діаграма 1. Алгоритм діагностики гострого панкреатиту під час вагітності.

### Діагностично-лікувальний алгоритм гострого панкреатиту у вагітних

Алгоритм комплексної програми діагностики та лікування гострого панкреатиту у хворих основної групи передбачав, окрім загальноклінічних, лабораторних та біохімічних, інструментальні методи обстеження дослідження панкреатичної еластази сироватки крові (Е1) на 1,3, та 5 добу від початку захворювання та контроль цих показників на момент виписки.

Групу порівняння включали 62 вагітні, за період з жовтня 2006р. по жовтень 2015р. Гострий панкреатит в I триместрі був виявлений у 17 (27,4%) вагітних, в II триместрі у 20(32,3%) та в III – у 25(40,3%) пацієнток. При повторних вагітностях гострий панкреатит відмічався у 19(30,7%).ЖКХ в анамнезі спостерігалось у 9(14,5%) вагітних.

Обстеження включало вивчення скарг, анамнезу захворювання, виконання традиційних лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначення панкреатичної еластази сироватки крові в цій групі не проводилось. Результати лабораторної діагностики та УЗД порівнювались.

Усі вагітні без винятку консультовані акушер-гінекологом.

Результати діагностики та виникнення ускладнень гострого панкреатиту оцінювались шляхом порівняння, у пацієнтів основної групи та групи порівняння.

**Результати.** Виявлено, щов основній групі 31 (50,8%) вагітна первинно мали скарги на біль у животі та нудоту, що не давали змоги виключити гестоз вагітних. Лабораторно виявлено підвищення лейкоцитів до  $15,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , показники амілази та ліпази крові знаходились в межах норми. Не було виявлено змін підшлункової залози, характерних для гострого панкреатиту на УЗД дослідженні. ЖКХ без холедохолітазу спостерігалось у 10(16,4%) вагітних.

Рівень панкреатичної еластази сироватки крові був підвищений у 3 рази до  $10,6 \text{ нг/мл}$ , що дало змогу встановити діагноз гострого панкреатиту та своєчасно розпочати специфічне лікування.

Решта 30 (49,2%) вагітних основної групи мали типові скарги і клінічну картину гострого панкреатиту,

лейкоцитоз до  $15,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , але високий рівень амілази та ліпази при поступленні відмічений не у всіх вагітних. Амілаза у 15(24,6%) вагітних до  $148,3 \text{ од/л}$  та ліпаза у 18(29,5%) до  $239,5 \text{ од/л}$ , що супроводжувались змінами у підшлунковій залозі, характерними для гострого панкреатиту. Із них у12(19,7%) вагітних з клінікою панкреатиту показники амілази та ліпази крові знаходились в межах норми, тоді як рівень панкреатичної еластази сироватки крові був збільшений у 3,2 рази до  $11,3 \text{ нг/мл}$  відповідно. Ці показники свідчили про наявність гострого панкреатиту, що дало можливість призначити своєчасне лікування. Діагноз був підтверджений при подальшому лабораторному контролі амілази та ліпази крові на 3 та 5 добу, де відмічене поступове наростання їх рівня з відповідними змінами підшлункової залози (збільшення розмірів, нечіткість контурів) на УЗД.

На УЗД дослідженні поряд із набряковими змінами підшлункової залози виявлено ЖКХ із розширенням холедоха до 8-10мм та ознаками жовтяниці (загальний білірубін на рівні  $72,4 \pm 2,1 \text{ мкмоль/л}$ ) у 13(21,3%) пацієнток. У зв'язку з чим було виконано МРХПГ(MRSP) та діагностовано мініхоледохолітаз у 4(6,6%) вагітних на II та III триместрах. При ЕФГДС у хворих основної групи діагностовано ерозивну гастропатію у 37(60,7%) вагітних.

У групі порівняння виявлено, що 30(48,4%) вагітних мали типові скарги та клінічні ознаки гострого панкреатиту, лейкоцитоз до  $16,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , амілаземію та ліпаземію крові до  $349 \text{ од/л}$  та  $403 \text{ од/л}$  в першу добу від початку захворювання. УЗД діагностика свідчила про зміни підшлункової: збільшення розмірів, нечіткість контурів, зниження чи підвищення ехогенності. ЖКХ виявлено у 12(19,4%), холедохолітаз з ознаками жовтяниці (рівень загального білірубіну до  $86,2 \pm 1,9 \text{ мкмоль/л}$ ) у 2(3,2%) вагітних.

Інші 32(51,6%) вагітних групи порівняння шпиталізовані зі скаргами на біль в животі, нудоту, з лейкоцитозом до  $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$ . Рівень амілази та ліпази у них знаходився в межах норми. Панкреатична еластаза у групі порівняння не визначалася. Результати лабораторних досліджень в I та II групах на 1,3 та 5 добу наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати лабораторних досліджень в I та II групах на 1,3 та 5 добу

Показники	Доба захворювання	Лейкоцити	Амілаза крові	Ліпаза крові	Панкреатична еластаза Сироватки крові
I група	1 доба	$15,1 \pm 0,7$	$148,3 \pm 2,7$	$239,5 \pm 1,2$	$11,3 \pm 0,3$
	3 доба	$15,7 \pm 0,5$	$489,0 \pm 2,4$	$521,0 \pm 1,4$	$13,5 \pm 0,4$
	5 доба	$13,3 \pm 0,3$	$374,2 \pm 1,4$	$322,4 \pm 1,1$	$13,2 \pm 0,4$
II група	1 доба	$16,2 \pm 0,4$	$349,6 \pm 2,5$	$403,0 \pm 2,8$	-
	3 доба	$16,5 \pm 0,7$	$391,1 \pm 1,9$	$569,0 \pm 1,4$	-
	5 доба	$15,4 \pm 0,9$	$477,6 \pm 2,4$	$543,4 \pm 2,8$	-

У групі порівняння (II) при виконанні УЗД на момент поступлення ЖКХ діагностовано у 11(17,7%) пацієнток без ознак холедохолітазу, та типових змін підшлункової залози характерних для гострого панкреатиту.

Але з поступовим наростанням типових скарг та клініки гострого панкреатиту виконано УЗД на  $8 \pm 2,1$  добу де відмічалось збільшення розмірів підшлункової залози, нечіткість контурів, підвищення ехогенності, оментобурит. Контроль показників амілази та ліпази крові підтвердив їх значне збільшення до  $477,6 \text{ од/л}$  та  $543,4 \text{ од/л}$ .

Це погіршило діагностику гострого панкреатиту, діагноз був встановлений на  $8 \pm 2,1$  добу пізніше порівняно з I групою.

На МРТ дослідженні через 3-4 тижні виявлено наявність некрозу підшлункової залози у 20(32,3%), запальні зміни в заочеревинній клітковині, пов'язані з виходом панкреатичного секрету за межі підшлункової залози у 8(12,9%) пацієнток, в 1(1,6%) випадках тільки у вигляді інфільтрації. Сформовані некротичні панкреатичні та парапанкреатичні рідинні скупчення були у 12(19,4%) вагітних.

Отже, результати дослідження основної групи показали, що при поступленні показники еластази сироватки

крові були підвищені у 100% хворих, на відміну від рівня амілази та ліпази крові, що був високим лише у 25% та 30% відповідно. У загальному в пацієнток основної групи ЖКХ спостерігалось у 23(37,7%) вагітних, з мініхолод-холіазом без ознак жовтяниці у 4(6,6%). Концентрація панкреатичної еластази сироватки крові зросла вже через декілька годин від початку захворювання, а на 3 добу досягла максимальних показників, що свідчило про розвиток гострого панкреатиту. За рахунок тривалого періоду напіврозпаду концентрація панкреатичної еластази залишалась підвищеною протягом кількох днів (в основному 3-5 днів), що говорить про специфічність панкреатичної еластази сироватки крові у ранній діагностиці гострого панкреатиту у вагітних.

При виписці рівень сироваткової еластази був у межах норми у всіх пацієнток основної групи. УЗД моніторинг проводився кожних 3-5 днів від початку захворювання.

Лікування вагітних здійснювалось відповідно до ступеня тяжкості захворювання, незважаючи на необхідність мінімізації консервативної терапії. Медикаментозна терапія була скерована на зменшення панкреатичної секреції, купування больового синдрому і проведення замісної ферментної терапії при розвитку зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози.

Дані результатів лікування в основній групі та групі порівняння наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати лікування хворих I та II групи

Назва	Частота	
	I група	II група
Позитивний ефект від консервативної терапії	44,3%	33,9%
Виконання лапароскопічної холецистектомії при ЖКХ	31,1%	24,2%
ЕРПХГ, папілосфінктеротомія з літоекстрацією	6,6%	3,2%
Пункції та дренивання під контролем УЗД (рідинні скупчення більше 50см <sup>2</sup> )	13,1%	19,4%
Лапароскопічне видалення секвестрів та дренивання черевної порожнини	6,6%	-
Відкриті хірургічні втручання	4,9%	38,7%
Летальність	-	3,2%

Враховуючи ранню постановку діагнозу, в основній групі вдалось отримати позитивний ефект від консервативної терапії у 27 (44,3%), обмежитись малоінвазивними втручаннями у 50,8% випадків та лише у 2(4,9%) випадках було необхідно виконати відкриті оперативні втручання на 32 37 та 38 тижнях вагітності, що включали видалення секвестрів та зкректомію, абдомінізацію залози, формування бурсостоми та дренивання парапанкреатичної заочеревинної клітковини, після першочергового виконання кесаревого розтину з екстерпацією матки. Летальність в основній групі була відсутня.

У групі порівняння консервативне лікування було ефективним лише у 21(33,9%) випадку, малоінвазивних втручань вдалось виконати у 46,8%, переважно за рахунок пункцій при накопиченні рідини більше 50см<sup>2</sup>. Тоді як відкритих оперативних втручань було проведено у 38,7%, що на 33,8% більше порівняно з основною групою. Летальність у групі порівняння склала 2 (3,2%) випадки на 37 та 38 тижнях вагітності, у зв'язку з виникненням септичних ускладнень та поліорганної недостатності.

**Обговорення.** Враховуючи ранню постановку діагнозу, в основній групі вдалось отримати позитивний ефект від консервативної терапії, мінімізувати кількість ускладнень та відкритих оперативних втручань, уникнути летальності.

При оцінці групи порівняння виявлено, що у зв'язку з пізньою діагностикою показники, що свідчили про ефективність консервативної терапії, були значно нижчими, також зросла кількість ускладнень, відкритих оперативних втручань, присуття летальності.

Таким чином, упровадження розробленого діагностичного алгоритму з використанням такого лабораторного методу, як визначення панкреатичної еластази сироватки крові дозволило виявити гострий панкреатит в основній групі на ранній стадії захворювання у 100% хворих проти 48,4% групи порівняння. Це дозволило вчасно розпочати специфічне лікування гострого панкреатиту та досягнути покращення в результатах лікування основної групи за рахунок використання малоінвазивних втручань, шляхом виконання пункцій та лапароскопічних операцій, лише у 3(4,9%) випадках виконувались відкриті хірургічні втручання, що дозволило уникнути летальності.

**Висновки.** 1. Діагностична тактика при гострому панкреатиті у вагітних ґрунтується на використанні, окрім

традиційного комплексу лабораторних та інструментальних методів дослідження, обов'язкового визначення панкреатичної еластази сироватки крові на 1,3 та 5 добу від початку захворювання.

2. Лікування гострого панкреатиту у вагітних основної групи з використанням розробленого діагностично-лікувального алгоритму дозволяє отримати позитивний ефект від консервативної терапії у 44,3% випадків, провести малоінвазивні втручання у 50,8% та обмежитись відкритими оперативними втручаннями лише у 4,9%, що дозволяє знизити летальність відносно групи порівняння з 3,2% до 0%.

**References:**

1. Ducarme G., Maire F., Chatel P., Luton D., Hammel P. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. J Perinatol. 2014. Feb; 34(2): 87–94. Publish edonline 2013. Dec 19. doi:10.1038/jp.2013.161.
2. Scott Tenner, John Baillie, John De Witt, Santhi Swaroop Vege. American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol. 2013.Sep; 108(9): 1400–1416. Publishe donline 2013.Jul 30. doi: 10.1038/ajg.2013.218.
3. Mamchich V.I., Goljanovskij O.V., Kandaurova I.V., Pilipenko T.Ju., Josipenko M.A., Litvinec Ju.O. Osobennosti diagnostiki i lechenija ostrogo pankreatita u beremennyh //Hirurgija Ukrainy. – 2015; 4: 28-32. [In Russian].
4. Bereznytskyi Ya.S., Duka R.V. Rezultaty i ikuvannia patsientiv z hostryim pankreatytom v umovakh bahatoprofilnoho khirurhichno hostatsionaru // Zb. nauk. pr. spivrobot. NMAPO imeni P.L. Shupyka. 2014; 23(2): 54-61. [In Ukrainian].
5. Dronov A.I., Koval'skaja I.A., Uvarov V.Ju. Osobennosti patogeneticheskogo podhoda k lecheniju ostrogo nekroticheskogo pankreatita. Ukrain'skij zhurnal hirurgii.2013; 3: 145 - 149.2. [In Russian].
6. Kopchak K.V., Duvalko A.V., Pererva L.A., Davidenko N.G., Kvasivka A.A., Suhachev S.V. (2013). Pervyjo pytlaparoskopicheskoj no-touch pankreatoduodenal'noj ezekcii. Klinicheskaja hirurgija. (2013); 9: 73-74.[In Russian].
7. Eremina E. Ju. Pankreatit u beremennyh // Prakticheskaja medicina. 2012; 3 (58). [In Russian].

8. Wilcox C.M., Varadarajulu S., Morgan D., Christein J. Progress in the management of necrotizing pancreatitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010.Dec; 4(6): 701–708. doi: 10.1586/egh.10.75.
9. Feleshtynskiy Ya.P., Bondarenko M.D., Bondarchuk B.H., Karpenko O.V. Analiz rez ultativlikuvan niahostroho pankreatytu v Kyivskii oblasti// *Khirurgiia Ukrainy.* 2016; 3: 44–49. [In Ukrainian].
10. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson C.D., Sarr M.G. et al. Gu Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. P. A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis, H.G. Gooszen, C.D. Johnson, M.G. Sarr, et al. *Gut.* 2013. Vol. 62. P. 102 - 111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.

УДК 618.3:616.37-002.1-07-089

### ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Фелештынський Я.П., Павлів Т.П.

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Министерство здравоохранения Украины, кафедра хирургии и проктологии, г. Киев, Украина, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>, e-mail: [office@nmapo.edu.ua](mailto:office@nmapo.edu.ua)*

**Резюме.** Частота острого панкреатита во время беременности составляет от 1: 1000 до 1:10 000 родов [2,4]. Развитие осложнений связано с трудностями диагностики и позднего выявления диагноза.

**Материалы и методы.** Выполнен анализ результатов диагностики и комплексного лечения 123 беременных. Основная группа (I) 61 беременная с острым панкреатитом за период с 2012-2018 гг., с использованием разработанного диагностически-лечебного алгоритма и 62 беременных группы сравнения (II), за период с 2006-2012 гг., с использованием традиционных методов лечения и диагностики.

**Результаты.** Применение диагностически-лечебного алгоритма в основной группе позволило в 100% выявить острый панкреатит на ранней стадии заболевания, что способствовало получению положительного эффекта от консервативной терапии у 27 (44,3%) беременных, у 31 (50,8%) с использованием малоинвазивных хирургических вмешательств, и позволило избежать послеоперационной летальности, в отличие от группы сравнения, где эффект от консервативного лечения достигнут только в 21 (33,9%) случае, а летальность составляла 2 (3,2%). В группе сравнения у 26 (41,9%) пациенток этот диагноз был установлен на  $8 \pm 2,1$  сутки от начала заболевания.

**Вывод.** Применение диагностически-лечебного алгоритма по сравнению с традиционными методами позволяет выявить острый панкреатит у беременных на ранней стадии заболевания, уменьшить число осложнений и снизить летальность.

**Ключевые слова:** беременность, острый панкреатит, диагностика, лечение.

UDC 618.3:616.37-002.1-07-089

### DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TACTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN PREGNANT WOMEN

Ya.P. Feleshtynskiy., T.P. Pavliv

*P.L.Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Department of Surgery and Proctology, Kyiv, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>, e-mail: [office@nmapo.edu.ua](mailto:office@nmapo.edu.ua)*

**Abstract. Introduction.** The frequency of acute pancreatitis during pregnancy is from 1: 1000 to 1:10 000 of deliveries [2,4].

The development of complications is associated with difficulty in diagnosis and late determination of diagnosis.

**Materials and methods.** The analysis of diagnostic results and complex treatment of 123 pregnant women was carried out. The treatment group consisted of 61 pregnant women with acute pancreatitis for the period from 2012-2018, using the developed diagnostic and treatment algorithm and the experimental group included 62 pregnant women, from 2006 to 2012, using traditional methods of treatment and diagnosis.

**Results.** In the treatment group, when applying the diagnostic and treatment algorithm, 100% of patients had acute pancreatitis at an early stage of the disease, which allowed us to obtain the effect of conservative therapy in 27 (44.3%) pregnant women, in 31 (50.8%) cases with the use of noninvasive surgical interventions and avoid postoperative lethality, whereas in the experimental group, the effect of conservative treatment was only in 21 (33.9%) cases, and the mortality rate was 2 (3.2%). In the experimental group in 26 (41.9%) patients, this diagnosis was established only on day  $8 \pm 2.1$  from the onset of the disease.

**Conclusion.** The use of a diagnostic and therapeutic algorithm in comparison with traditional methods can diagnose acute pancreatitis in pregnant women at an early stage; reduce the number of complications and mortality.

**Keywords:** pregnancy, acute pancreatitis, diagnosis, treatment.

Стаття надійшла в редакцію 13.07.2018 р.