

УДК 616.37-002

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННОЙ

Матвеева А.И.¹

студентка,

Ижевская государственная медицинская академия,

г.Ижевск, Россия

Ворожцова А.Л.

студентка,

Ижевская государственная медицинская академия,

г.Ижевск, Россия

Аннотация:

Статья посвящена особенностям диагностики острого деструктивного панкреатита у беременных женщин. При данном заболевании важен комплексный и многопрофильный подход в связи с изменениями, вызванными беременностью. Потенциальные риски как для матери, так и для плода создают физиологические, гормональные и иммунные изменения, которые затрудняют раннюю диагностику и выбор адекватной терапии острого деструктивного панкреатита. Симптомы ОДП могут быть схожи с проявлениями токсикоза беременных и других заболеваний, что усложняет дифференциальную диагностику. Важно использовать различные методы диагностики- от осмотра и сбора жалоб до визуализирующих исследований.

¹ *Научный руководитель - С.Н. Стяжкина, д.м.н., профессор, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск, Россия*
S.N. Styazhkina, Doctor of medical sciences, Professor, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, беременность, диагностика.

***FEATURES OF THE DIAGNOSIS OF ACUTE DESTRUCTIVE
PANCREATITIS IN A PREGNANT WOMAN***

Matveeva A.I.

student of the Medical Faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Vorozhtsova A.L.

student of the Medical Faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia.

Annotation:

The article is devoted to the peculiarities of the diagnosis of acute destructive pancreatitis in pregnant women. In this disease, an integrated and multidisciplinary approach is important in connection with the changes caused by pregnancy. Potential risks for both the mother and the fetus are created by physiological, hormonal and immune changes that make it difficult to diagnose early and choose adequate therapy for acute destructive pancreatitis. The symptoms of ADP may be similar to the manifestations of toxicosis of pregnant women and other diseases, which complicates differential diagnosis. It is important to use various diagnostic methods - from examination and collection of complaints to imaging studies.

Key words: acute destructive pancreatitis, pregnancy, diagnosis.

Острый деструктивный панкреатит является одним из заболеваний, требующих внимательного подхода к диагностике, особенно при беременности.

Во время беременности в организме женщины происходят физиологические и гормональные изменения, которые могут затруднять постановку диагноза и выбор адекватной терапии.

Острая форма панкреатита характеризуется воспалительными изменениями в поджелудочной железе, которые могут привести к некрозу и системным осложнениям. Увеличение уровня прогестерона и эстрогена влияет на проходимость желчных протоков и может способствовать развитию холестаза, что увеличивает риск формирования панкреатита. Позднее медицинское вмешательство может привести к серьезным последствиям как для матери, так и для плода, поэтому необходимы быстрая диагностика и своевременное начало лечения.

Различные формы панкреатита выявляются у 0,02-0,1% беременных, при этом у 88% пациенток патологический процесс имеет острый характер. Острый панкреатит чаще встречается у первородящих больных, рецидив хронической формы обычно наблюдается при повторных гестациях. Хотя расстройство может развиваться на любом сроке, в 52% случаев болезнь возникает в III триместре. Актуальность своевременной диагностики панкреатита связана с существенным снижением риска материнской и перинатальной смертности при выявлении острой формы заболевания.

Острая деструктивная форма панкреатита

Острая деструктивная форма панкреатита (ОДП) представляет собой острое воспаление поджелудочной железы, характеризующееся разрушением ее тканей и возможным развитием системных осложнений. Выделяют несколько форм острого панкреатита: I. Отечный (интерстициальный) острый панкреатит. II. Панкреонекроз стерильный: по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный; по масштабу (распространенности) поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально-тотальный; по

локализации: головчатый, хвостовой, с поражением всех отделов поджелудочной железы. III. Инфицированный панкреонекроз. Осложнения острого деструктивного панкреатита: парапанкреатический инфильтрат; панкреатогенный абсцесс; перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный; септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, тазовой; аррозивные кровотечения; механическая желтуха; псевдокиста: стерильная, инфицированная; внутренние и наружные дигестивные свищи. Одной из ключевых особенностей ОДП у беременных является повышенный риск быстрого прогрессирования заболевания. Учитывая, что симптомы панкреатита могут быть схожи с проявлениями других состояний, таких как токсикоз беременности, гастриты и холециститы, важно использовать более специфические методы для дифференциальной диагностики.

Клинические проявления, такие как резкая боль в верхней части живота, рвота, и общая слабость, могут быть маскированными из-за каскада изменений, вызванных беременностью. Например, рвота и диспепсия могут быть обычными для первой половины беременности, и отсутствие настороженности в этом вопросе может привести к затруднениям в установлении диагноза. Систематический подход к организации клинической оценки, включая физикальный осмотр, анализ медицинской истории и тщательное оценивание симптомов беременной женщины, является ключевым аспектом диагностики. В качестве современных методов диагностики следует учитывать не только лабораторные, но и визуализирующие исследования, такие как ультразвуковая диагностика и МРТ, что позволяет точно локализовать патологические изменения, а также избежать вмешательства, негативно влияющего на плод.

Этиология

На пищеварительную систему, в том числе и на поджелудочную железу могут негативно влиять стресс, инфекционные процессы, такие как вирусные гепатиты или инфекции, передающиеся половым путем. В данных случаях ухудшается кровообращение организма, а вместе с этим ухудшится питание тканей поджелудочной железы. Способствующими факторами возникновения заболевания считаются расстройства желчевыделения и обмена липидов, употребление гепато- и панкреотоксических веществ (алкоголя, тиазидных диуретиков, метронидазола, сульфасалазина, кортикостероидов), рацион с большим количеством жирных, жареных, острых продуктов, курение, цитомегаловирусная инфекция, глистные инвазии (описторхоз, аскаридоз), аутоиммунные процессы, генетическая предрасположенность. Причинами острого процесса служат:

- Расстройство желчеотделения. Острое билиарнозависимое воспаление выявляется у 65-66% пациенток. Обычно оно формируется вследствие застоя секрета из-за блокирования сфинктера Одди и панкреатического протока маленькими желчными конкрементами при желчнокаменной болезни, которая возникла, манифестировала либо обострилась при гестации.

- Гиперлипидемия и гипертриглицеридемия. Под действием эстрогенов в сыворотке крови беременных физиологически возрастает концентрация холестерина, триглицеридов и липидов. У пациенток, страдающих метаболическим синдромом, ожирением, врожденными расстройствами жирового обмена (I, IV, V типы врожденных гиперлипидемий по Фредериксону) содержание триглицеридов превышает 600-750 мг/дл — уровень, при котором в результате микроэмболии сосудов частичками жира и жировой инфильтрации ацинарных клеток начинается деструкция панкреатической ткани.

- Гиперпаратиреоз. Нарушение секреции паратгормона связано со специфическими для беременности изменениями метаболизма кальция, активно

потребляемого растущим плодом. Повышение концентрации ПТГ сопровождается увеличением секреции поджелудочной железы, усилением всасывания кальция в кишечнике и его вымыванием из костей с последующим отложением в паренхиматозных органах. Обтурация панкреатических протоков кальцинатами нарушает отток панкреатического сока, что вызывает деструкцию тканей.

- **Преэклампсия.** Комплексная эндотелиальная дисфункция, характерная для преэклампсии, провоцирует нарушения гемостаза на прокоагулянтном, антикоагулянтном, сосудисто-тромбоцитарном уровнях, что проявляется хроническим ДВС-синдромом и системными микроциркуляторными расстройствами в различных органах. Многоочаговая тканевая гипоксия и ишемия панкреатических тканей приводят к необратимым изменениям в паренхиме органа. Ситуация усугубляется перераспределением крови в сосудистом русле с ее шунтированием через плаценту.

Диагностические методы

В современных условиях основными методами диагностики ОДП являются клиническое обследование, лабораторные исследования и визуализирующие методы. Специфические жалобы могут включать интенсивные боли в животе, рвоту и расстройства пищеварения. Клинические проявления патологии зависят от особенностей течения и варианта. Острый панкреатит зачастую внезапно возникает во II-III триместрах в виде нарастающих постоянных или схваткообразных болей в эпигастрии или подреберной области. Возможна тошнота, рвота, вздутие живота, напряженность брюшной стенки, гипертермия. Почти у половины пациенток отмечается иктеричность склер и кожи. Локализация боли соответствует участку повреждения органа: при деструкции головки железы боль ощущается в эпигастрии справа, тела — слева, хвоста — в левом подреберье. Характерный признак панкреатита — опоясывающие болезненные ощущения, которые

распространяются из-под мечевидного отростка вдоль левой реберной дуги до позвоночника.

В лабораторных исследованиях стоит обратить внимание на уровень амилазы и липазы в крови. Повышение уровней этих ферментов могут указывать на панкреатит. Другим важным лабораторным тестом является определение гликированного гемоглобина и уровня глюкозы в крови, так как острое нарушение функции поджелудочной железы может сопровождаться сахарным диабетом. Учитывая, что беременные женщины могут иметь разные уровни глюкозы из-за физиологических изменений, должны быть проведены дополнительные тесты для оценки углеводного обмена. Увеличение числа лейкоцитов и сдвиг влево в лейкоцитарной формуле в общем анализе крови могут указать на воспаление. Биохимический анализ крови позволяет оценить функции печени, что важно, поскольку заболевания желчевыводящих путей могут служить триггером для развития панкреатита.

За последние годы в клинической практике акцент смещается на необходимость применения более специализированных уже на этапе первичного обследования методов, например УЗИ. УЗИ, как неинвазивная процедура, является основным методом, так как позволяет быстро и эффективно оценить состояние поджелудочной железы без особого вреда для беременной и плода. В основном можно наблюдать увеличение размера железы, нечеткие контуры и появление неоднородной структуры ткани, что указывает на наличие деструктивных процессов. Этот метод позволяет визуализировать размеры железы, наличие жидкостных образований, возможные признаки некроза и оценить состояние окружающих тканей. Однако возможности УЗИ могут быть ограничены из-за наличия газов в кишечнике и жировой ткани.

Компьютерная томография (КТ) является одним из наиболее информативных методов визуализации, используемых для диагностики острого

деструктивного панкреатита, особенно у беременных женщин. КТ обладает высокой чувствительностью, но использование ионизирующего излучения делает этот метод менее предпочтительным в случае беременности, особенно в первом и третьем триместрах.

В некоторых случаях при необходимости более детальной оценки, возможно использование магнитно-резонансной томографии (МРТ), которая безопасна для плода и предоставляет подробную информацию о состоянии поджелудочной железы и соседних структур. Оптимальным подходом к диагностике является комбинация анализов крови с визуализирующими методами, так как это позволяет получить как биохимическую, так и морфологическую информацию о состоянии поджелудочной железы и окружающих структур. Сочетание различных диагностических методов позволяет достигнуть наилучших результатов в подтверждении диагноза и разработке тактики лечения острого деструктивного панкреатита у беременных женщин.

Проблематика диагностики

Острый деструктивный панкреатит представляет особую сложность в диагностике у беременных женщин из-за физиологических изменений, происходящих в организме во время беременности, а также с перекрытием клинических симптомов с другими состояниями, характерными для этого периода. Часто наблюдается изменение болевого синдрома: боль может быть менее интенсивной, чем у небеременных женщин, а также иррадиировать в область спины, что также усложняет процесс диагностики. Необходимо учитывать многофакторный характер заболевания, что обуславливает разносторонний подход к диагностике и лечению острого деструктивного панкреатита у беременных. Некоторые методики, используемые для диагностики панкреатита у небеременных пациентов, могут быть

неэффективными для беременных из-за изменений в гемодинамике и общем состоянии организма, вызванного особенностями беременности.

Особую роль в диагностике острого деструктивного панкреатита играет мультидисциплинарный подход, который включает взаимодействие различных специалистов, таких как гастроэнтерологи, акушеры-гинекологи и радиологи. Важность такого подхода обусловлена тем, что неправильная интерпретация данных или недостаточная диагностика могут привести к позднему началу адекватного лечения, что существенно увеличивает риск осложнений для беременной и плода.

Возможные осложнения

В 5,4% случаев воспалительная деструкция рецидивирует в период той же гестации, в 6,6% — в течение трех месяцев после родов, в 22-30% патологический процесс становится хроническим. При острой форме панкреатита чаще не бывает прямого повреждающего действия на плод, но прогноз беременности ухудшается. Так, у 20% пациенток, перенесших заболевание, возникали самопроизвольные выкидыши, у 16% — преждевременные роды.

Основным осложнением в 3 триместре является ДВС-синдром. Наиболее серьезные экстрагенитальные нарушения — инфицирование воспаленных тканей, формирование флегмоны забрюшинной клетчатки, развитие ферментативного перитонита, аррозивных кровотечений и псевдокист, панкреатогенный и инфекционно-токсический шок.

Библиографический список

1. Баранов С.А.; Нечаев В.М. «Поджелудочная железа как единый функционально взаимосвязанный орган»// Медицинский совет. -2017. -№11.- с. 148-151
2. Брагов М.Ю.; Жук И.Г.; Кумова И.В. «Острый деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы»// ГрГМУ.- 2007.- №4.- с. 15-19
3. Еремина Е.Ю. «Панкреатит у беременных»// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2018. -151 (3). -с.97-104
4. Маев И.В.; Бурков С.Г.; Кучерявый Ю.А. «Течение, диагностика и лечение острого панкреатита в период беременности»// Проблемы женского здоровья. -2007.-Т.2. -№4.- с. 38-45
5. Перунова Д.Н., Рухляда Н.Н., Гольцов В.Р., Гриненко Г.В. «Влияние острых и хронических заболеваний поджелудочной железы на течение беременности, родов и послеродового периода»// Медицинский алфавит. -2018.- Т.1.- №11. -с. 48-52
6. Стяжкина С.Н.; Борисова И.Н.; Ефремова Н.С. «Дифференциальная диагностика острого аппендицита и острого панкреатита у беременных»//Современные тенденции развития науки и технологий. - 2016.- № 4-2.- с. 88-92
7. Хворостухина Н.Ф.; Салов И. А.; Новичков Д.А. «Острый панкреатит беременных». // Клиническая медицина. -2015.-Т.93.- № 2.- с. 61-66
8. Хворостухина Н.Ф., Новичков Д.А., Столярова У.В «Особенности течения острого панкреатита при беременности»//Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 8 (часть 2).

Оригинальность 75%