

Беременность и хронический панкреатит

**Внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по гастроэнтерологии,
заведующий гастроэнтерологическим диспансерным отделением
«Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР»**

Никулин И.Ю.

Хронический панкреатит

- Это прогрессирующее воспалительно-деструктивное поражение поджелудочной железы, приводящее к нарушению ее внешне- и внутрисекреторной функции.
- Хронический панкреатит может длительное время никак не заявлять о себе. Обострение патологии чаще всего происходит в I триместре беременности. Это состояние маскируется под ранний токсикоз и требует внимательной диагностики. В свою очередь хронический вялотекущий панкреатит сам по себе может спровоцировать усиление симптомов токсикоза.

Хронический панкреатит и беременность

- Нередки случаи, когда острый панкреатит не был полноценно вылечен и перешел в хроническую форму. Порой больные даже не догадываются об этом.
- Если у женщины на момент беременности протекает хронический панкреатит в скрытой форме, его обострение может вызвать множество факторов. *Как правило, обострение панкреатита при беременности проявляется в первом триместре, но симптомы патологии часто воспринимают как признаки беременности.* Это утренняя тошнота, отвращение к еде, дискомфорт в животе. Часто симптомы могут вовсе отсутствовать.
- Тем временем панкреатит вызывает проблемы с усвоением витаминов, белков и жиров. У женщины вначале нарушается стул, снижается вес, учащаются приступы рвоты. Далее развивается дисбактериоз, гиповитаминоз, пищевая аллергия. Могут быть тупые боли опоясывающей локализации.
- Особенно тяжело протекает беременность при панкреатите и холецистите (воспаление желчного пузыря). Если состояние обременено еще и наличием камней в желчном, состояние женщины постоянно ухудшается. В случае закупорки желчного протока может потребоваться экстренная операция. Без лечения и коррекции диеты женщина ослабевает, у нее снижается гемоглобин, появляются сонливость и апатия. Негативно сказывается панкреатит и на малыше: в условиях дефицита полезных веществ малыш начинает отставать в развитии и росте.

К возникновению панкреатита при беременности приводят:

- нарушение принципов здорового питания;
- злоупотребление спиртными напитками;
- нерациональный прием ряда медикаментозных препаратов;
- нарушение целостности поджелудочной железы;
- болезни желчного пузыря и желчевыводящих протоков.

Данное заболевание возникает при таких нарушениях питания, как:

- злоупотребление жирной и жареной пищей;
- нарушение режима питания – игнорирование четкой системы завтраков, обедов ужинов.

- 
- Беременные, зная про разрушающее действие алкоголя на плод, спиртные напитки не употребляют, но воспаление поджелудочной может возникнуть из-за приема алкоголя еще до беременности. То же касается и развития описываемой патологии при применении ряда лекарственных средств – в первую очередь, мочегонных препаратов и некоторых гормональных средств.
 - Возникновение панкреатита при беременности нередко спровоцировано повреждениями поджелудочной железы. Причем, такие травмы могут возникнуть еще до наступления беременности, но последствия в виде панкреатита появляются уже во время нее. Толчком к возникновению данного заболевания становятся:
 - внешние повреждения – резаные, колотые раны;
 - нарушение целостности поджелудочной железы во время полостных операций – не только на железе, но и на других органах брюшной полости.

- 
- Возникновению описываемого заболевания могут способствовать болезни желчного пузыря и желчевыводящих протоков – обычно воспалительные. Чаще всего панкреатит при беременности возникает на их фоне, если общий желчный проток и проток поджелудочной железы имеют общее устье при впадении в фатеров сосочек (локацию в 12-перстной кишке, где они в нее впадают).
 - Роль механического фактора в возникновении панкреатита при беременности не такая выраженная, как в случае возникновения холецистита у беременной женщины. На поздних сроках увеличенная матка также давит на поджелудочную железу, но из-за морфологической специфики стенки протока, такое давление не вызывает существенного нарушения его просвета.



Основные диагностические мероприятия:

- Жалобы и анамнез;
- ОАК;
- АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТ, амилаза крови, липаза крови, глюкоза;
- Кал на я/г;
- УЗИ ОБП;
- ЭКГ.

Жалобы и анамнез

- ▶ *Боль в животе* – преобладающий симптом при хроническом панкреатите. При течении заболевания 80-90 % пациентов жалуется на боль, тогда как 10-20 % отмечается «безболевым панкреатит».
- ▶ Болевой синдром обычно предшествуют избыточному приему жирной, жареной, мясной пищи, особенно в вечернее и даже ночное время, употребление алкоголя, травма поджелудочной железы, гиперпаратиреоидный криз, приступ желчной колики.
- ▶ Боль может локализоваться в эпигастрии, левом или правом подреберье, параумбиликально, локализация болей будет зависеть от распространенности воспалительного процесса. Это патологический очаг находится в области головки поджелудочной железы, болеть будет преимущественно справа под ребрами. При поражении хвоста боль локализуется в левом подреберье, тела – в эпигастрии. Тотальное воспаление поджелудочной железы приводит к появлению опоясывающих болей. Возможно распространение неприятных ощущений в лопатку, плечо и левую руку. Такое состояние часто путают с приступом стенокардии или инфаркта миокарда.
- ▶ Боль может быть как постоянной, так и перемежающейся, тупой или острой.
- ▶ Боль усиливается после еды, приема алкоголя, в положении лежа на спине; продолжительность болевого синдрома может широко варьировать: от нескольких дней, до нескольких недель.
- ▶ Характерной особенностью боли при ХП является обратная зависимость между частотой ее появления и давностью заболевания.

Жалобы и анамнез

- степень выраженности болевого синдрома также со временем ослабевает и боль переходит в чувство дискомфорта;
- тошнота;
- рвота, которая не приносит облегчение пациенту;
- внешнесекреторная недостаточность (симптомы мальдигестии и мальабсорбции) – обильный стул (полифекалия), кашицеобразный, блестящий, имеющий серый цвет и неприятный запах;
- кал из-за большого содержания нейтрального жира плохо смывается водой и оставляет следы на унитазе;
- частота дефекаций может варьировать от 1-2 до 4-6, а иногда и более раз в сутки;
- снижение массы тела;
- симптомы гипергликемии.

Физикальное обследование:

- ▶ на коже живота, груди, иногда в области спины можно видеть четко отграниченные ярко-красные пятна - симптом «красных капелек»;
- ▶ атрофия подкожно-жировой клетчатки в зоне, соответствующей проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку – симптом Гротта;
- ▶ при преходящей или стойкой компрессии общего желчного протока, кожа и слизистые оболочки приобретают желтушную окраску;
- ▶ в случае развития анемии (встречается не чаще чем у 30-40% больных ХП) как проявления нарушения всасывания витамина В12 кожные покровы и слизистые имеют бледный оттенок;
- ▶ снижение тургора и влажности кожи, кожные покровы приобретают грязно-серый оттенок, появляются участки пигментации на лице и конечностях;
- ▶ язык может быть обложенным, сухим со сглаженными сосочками;
- ▶ метеоризм (присоединение кишечной диспепсии, гипотонии кишечника);

Физикальное обследование:

- ▶ при пальпации живота болезненность в холедохо-панкреатической зоне Шоффара (правый верхний квадрант живота, кнутри от биссектрисы, разделяющей прямой угол, образованный двумя пересекающимися линиями: передней срединной линией живота и линией, проведенной перпендикулярно к ней через пупок), в точке Дежардена (расположена на границе средней и верхней трети расстояния между пупком и правой реберной дугой по линии, мысленно проведенной от пупка к правой подмышечной впадине) при воспалении головки поджелудочной железы;
- ▶ при вовлечении в процесс тела поджелудочной железы отмечается болезненность в зоне Губергрица-Скульского (симметрично зоне Шоффара слева) и точке Губергрица (расположенной на 5-6 см выше пупка на линии, соединяющей его с левой подмышечной ямкой);
- ▶ при поражении хвоста поджелудочной железы отмечается болезненность в левом реберно-позвоночном углу (зона Мэйо-Робсона);
- ▶ пальпация живота сопровождается болью, иррадиирующей в спину, позвоночник, левое подреберье, надплечье.

Лабораторная диагностика

- ▶ **Общий клинический анализ крови** – проводят с целью обнаружить признаки воспаления (повышение количества лейкоцитов, увеличение СОЭ и др.). Изменения ОАК при обострении и в ремиссию ХП неспецифичны или вообще могут не выходить за пределы нормативных значений. Вследствие недостаточного выделения поджелудочной железой протеаз, участвующих в отщеплении цианокобаламина от R-белков, которое необходимо для последующей его связи с внутренним фактором в просвете тонкой кишки, возможно нарушение всасывания витамина В12. Поэтому у части больных ХП может возникнуть гиперхромная макроцитарная (В12-дефицитная) анемия с соответствующими изменениями в клиническом анализе крови;

Лабораторная диагностика

- **Анализ мочи** – обнаружение амилазы в моче также свидетельствует о панкреатите (в основном, при остром панкреатите).
- **Биохимический анализ крови** – выявление в некоторых случаях незначительное повышение уровня печеночных проб (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ).
- С целью оценки активности воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) используется — **определение уровней амилазы, липазы**. Уровень амилазы повышается в начале обострения хронического панкреатита, достигая максимума к концу первых суток, на 2–4-е сутки уровень амилазы снижается, на 4–5-е — нормализуется. Уровень липазы чаще возрастает с конца 4–5-х суток и остается повышенным около 10–13 дней, затем снижается. Уровень ферментов должен быть повышен более чем в три раза относительно верхней границы нормы. При этом уровень данных ферментов при ХП чаще всего может быть в пределах нормы и даже ниже.
- С целью определения состояния внутрисекреторной недостаточности (инкреторная): **проведение теста толерантности к глюкозе** (после взятия крови натощак исследуемый принимает 50 г глюкозы, с последующим исследованием крови каждые 30 минут в течение 2 часов).

Лабораторная диагностика

- С целью определения состояния внешнесекреторной недостаточности проводится: **копрологическое исследование**. Сбор кала в течение 72 часов для определения коэффициента всасывания жиров (КВЖ) является «золотым стандартом» для диагностики стеатореи, данный метод более приемлем для научных исследований. Таким образом, в стационаре более предпочтительно проведение однократного анализа кала. Исследование количества (объема) выделенного больными кала, определение наличия/отсутствия стеатореи и креатореи; оцениваются консистенция, цвет, реакция выделяемого кала, микроскопическое исследование с целью выявления непереваренных и частично переваренных мышечных волокон (10 и более в каждом поле зрения – креаторея), нейтрального жира, жирных кислот, мыл (стеаторея). Особенностью стеатореи при ХП является наличие в кале более 50 капель нейтрального жира в каждом поле зрения. Содержание жирных кислот, их солей, а также мыла не превышает нормативных значений. Количество выделяемого с калом жира также может иметь диагностическое значение.

Лабораторная диагностика

- **Определение эластазы 1 кала**, фермента, выделяемого поджелудочной железой, который не подвержен разложению во время прохождения по кишечнику, в связи, с чем его содержание в кале хорошо коррелирует с выделением в двенадцатиперстную кишку. Иммуноферментный метод определения, опирающийся на применение специфических для человеческого организма моноклональных антител (ELISA), гарантирует, что ферментная заместительная терапия не изменяет концентрацию эластазы 1, и тем самым не влияет на результат. Определения выполняются в только одной пробе кала, в качестве правильной принимается концентрация свыше 200 мкг фермента в 1 г испражнений. Активность эластазы 1 ниже 200 мкг/г свидетельствует о незначительной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, а значение ниже 100 мкг/г среднетяжелой степени недостаточности, ниже 50 мкг/г – о тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Чувствительность метода при диагностировании среднетяжелой и тяжелой экзокринной недостаточности достигает 100 %.

Инструментальная диагностика

Традиционные методы обследования поджелудочной железы (панкреатическое зондирование, ангиография, ретроградная панкреатография) у беременных неприменимы.

- ▶ *Единственным возможным инструментальным диагностическим методом, который следует использовать при подозрении на панкреатит, является УЗИ. Метод позволяет выявить осложнения панкреатита – жидкость в брюшной полости, абсцесс, перипанкреатическую гематому, образование псевдокист; провести диагностику холелитиаза и дифференцировать его с другой патологией. При сроке беременности до 30 нед., УЗИ железы не представляет технических трудностей, однако в более поздние сроки ее визуализации может помешать матка; доступным для осмотра остается только тело железы.*
- ▶ *При УЗИ внутренних органов определяются увеличение размеров и изменения структуры поджелудочной железы, неровные и нечеткие контуры, расширение протоков, кисты и псевдокисты, патология органов билиарного тракта, прежде всего – холестаза. Наиболее часто у беременных заболевания гепатобилиарной системы протекают с явлениями холестаза.*

В 2009 г. немецкий врач Markus Wolfgang Büchler и соавторы предложили стадиюную (А, В, С) систему классификации хронического панкреатита, учитывающую как клинические проявления заболевания, так и результаты визуализирующих методов:

- **Стадия А:** определяется при начальных проявлениях заболевания, когда еще отсутствуют осложнения и нет клинических проявлений нарушения экзокринной и эндокринной функций (нет стеатореи, сахарного диабета). Однако при этом уже могут проявляться субклинические признаки заболевания (например, нарушение толерантности к глюкозе или снижение экзокринной функции без стеатореи).
- **Стадия В (промежуточная):** определяется у пациентов с выявленными осложнениями заболевания, но без признаков стеатореи или сахарного диабета. В диагнозе обязательно требуется указать вид осложнения.
- **Стадия С:** является конечной стадией хронического панкреатита, когда наличие фиброза приводит к клиническим проявлениям экзокринной и эндокринной недостаточности, при этом осложнения могут не диагностироваться. *Данная стадия подразделяется на субтипы:*
 - - С1 (пациенты с эндокринным расстройством);
 - - С2 (наличие экзокринных нарушений);
 - - С3 (наличие экзо- или эндокринного нарушения и/или осложнений).

Диагностические ошибки

- ▶ изменённые анатомические взаимоотношения;
- ▶ затруднённая пальпация органов брюшной полости;
- ▶ стертые клинические симптомы;
- ▶ симптомы, сходные с обычным дискомфортом беременности;
- ▶ сложности дифференциальной диагностики хирургической и акушерской патологии.

Трудности диагностики



Дополнительные методы исследования:

- ▶ с целью выявления опухолей поджелудочной железы – исследование маркеров опухоли (СА 19-9, РЭА);
- ▶ функциональные пробы поджелудочной железы могут использоваться для диагностики хронического панкреатита в случае, когда метод визуализации не является определяющим: оценка показателей лабораторных методов исследования — секретин-панкреозиминный тест (церулеиновый), бентираминовый тест (ПАБК-тест);

Дифференциальный диагноз:

- токсикоз первой половины беременности;
- преэклампсия;
- прервавшаяся эктопическая беременность (часто с повышением уровня амилазы сыворотки);
- язвы желудка и ДПК;
- холецистит;
- КОЛИТ.

Лечение

Лечение беременных с панкреатитом представляет не менее сложную задачу, чем его диагностика.

Принципы ведения беременных с хроническими панкреатитами:

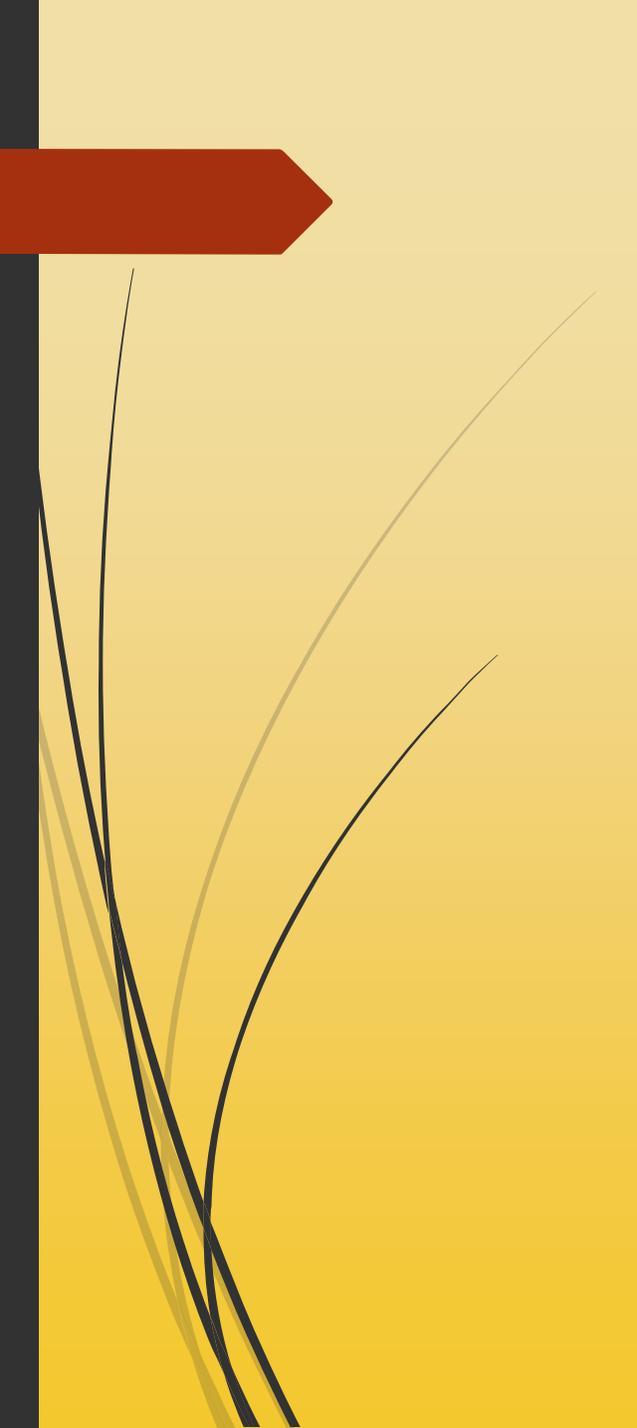
- Минимизация лекарственной терапии.
- Диета с ограничением жиров, свежих овощей и фруктов.
- Повышение количества белков до 150 г в сутки (в основном за счет животных белков). Прием пищи не менее 5 раз в день малыми порциями. Все блюда готовят в отварном или запеченном виде.
- Беременность накладывает определенные ограничения на лекарственную терапию. Ингибиторы протонной помпы и блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов противопоказаны при беременности. В исключительных случаях, когда речь идет о спасении жизни женщины, возможный вред от применения этих препаратов неизмеримо ниже, чем ожидаемый лечебный эффект. Так, при тяжелом течении панкреатита или при наличии язвенных поражений желудочно-кишечного тракта возможно парентеральное применение омепразола или фамотидина.
- Показано назначение спазмолитиков в комбинации с панкреатическими ферментами. Панкреатические ферменты, содержащие только панкреатин, например, Креон 25000 Ед., назначаются за 40 минут до еды с целью достижения обезболивающего эффекта с последующим переходом на Креон 10000 Ед. в начале каждого приема пищи в течение не менее 3–4 недель.

Лечение

Учитывая, практически всегда, присутствующую дисфункцию гепатобилиарной системы, показано назначение препаратов, способствующих разрешению холестаза. В зависимости от клинической ситуации назначаются адеметионин или препараты урсодезоксихолевой кислоты, или препараты экстракта артишоков.

- *Альгинаты (Гевискон) назначаются при изжоге через 90 минут после приема пищи и перед сном.*
- *При синдроме избыточного бактериального роста в кишечнике, воспалительном процессе в кишечнике, а также при наличии системных поражений, отсутствии эффекта от терапии без применения антибактериальных средств до 18 недель беременности назначается амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки, после 18 недель беременности возможно назначение метронидазола по 250 мг 4 раза в сутки.*
- *При отсутствии синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике основными способами воздействия на микрофлору кишечника является применение пробиотиков и пребиотиков. Пробиотики – это живые микроорганизмы – молочнокислые бактерии, чаще бифидо– и лактобактерии, иногда дрожжи, которые относятся к нормальным обитателям кишечника здорового человека и улучшают микробный баланс кишечника.*
- *Пребиотики – неперевариваемые ингредиенты пищи, избирательно стимулирующие рост или метаболическую активность одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстой кишке. Для лечения дисбактериоза у беременных идеально подходит комбинация одной из кишечнорастворимых форм пробиотика с пребиотиком. В ряде работ установлено пребиотическое действие препарата лактулозы Дюфалака, что явилось основанием для включения его в состав комплексной терапии дисбактериоза кишечника у беременных.*

Таким образом, проблема диагностики и лечения хронического панкреатита у беременных является актуальной задачей и требует взаимодействия врачей различных специальностей – акушеров, терапевтов и гастроэнтерологов.



Благодарю за внимание!