

Беременность и хронический панкреатит

**Внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по гастроэнтерологии,
заведующий гастроэнтерологическим 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.

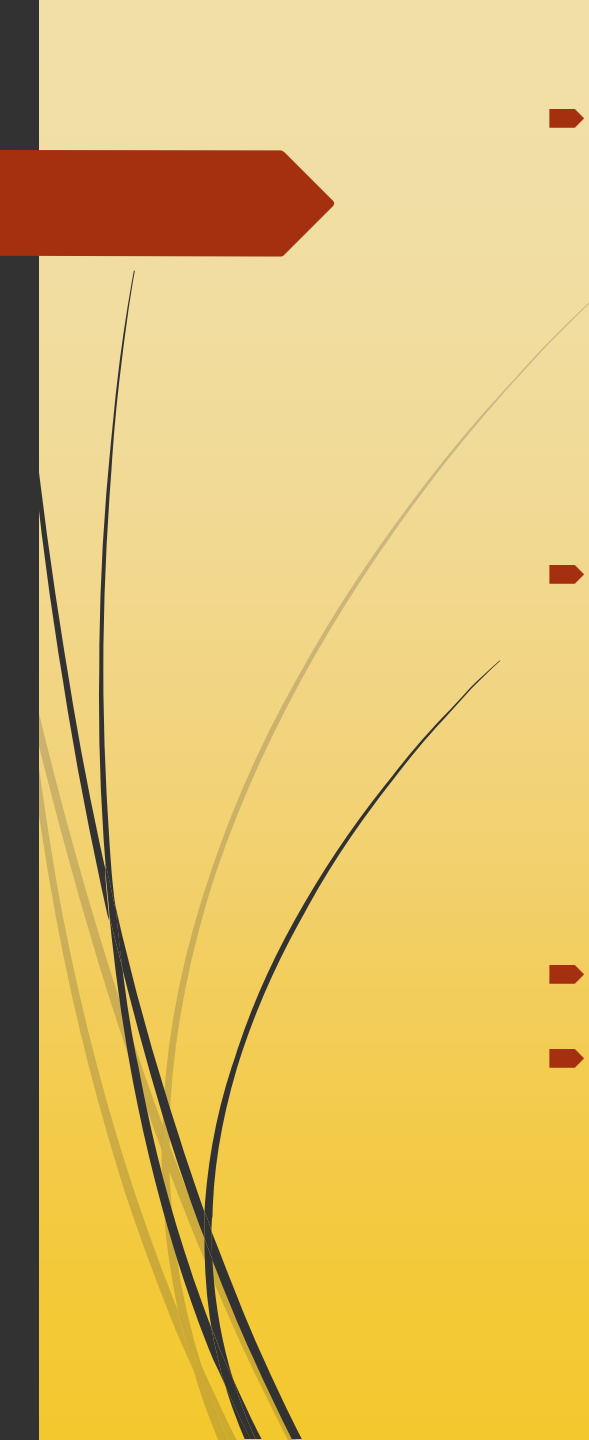


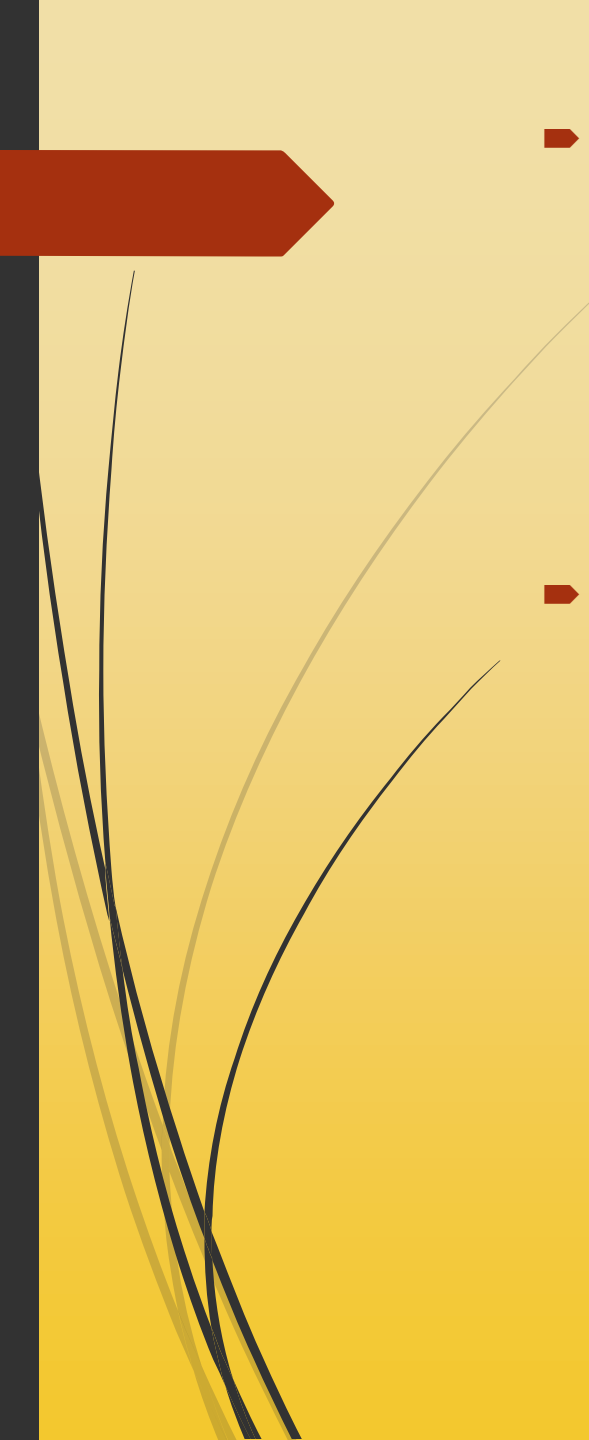
К возникновению панкреатита при беременности приводят:

- ▶ 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 «безболевой 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 холедохопанкреатической 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).

Лабораторная диагностика

- ▶ 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


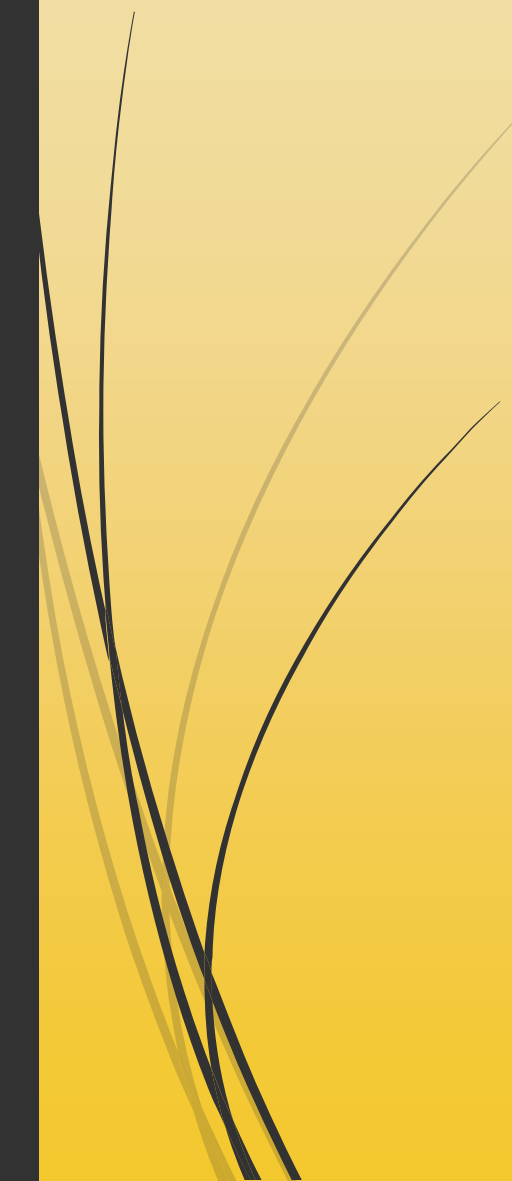
- с целью определения состояния внешнесекреторной недостаточности проводится: копрологическое исследование. Сбор кала в течение 72 часов для определения коэффициента всасывания жиров (КВЖ) является «золотым стандартом» для диагностики стеатореи [3], данный метод более приемлем для научных исследований. 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.

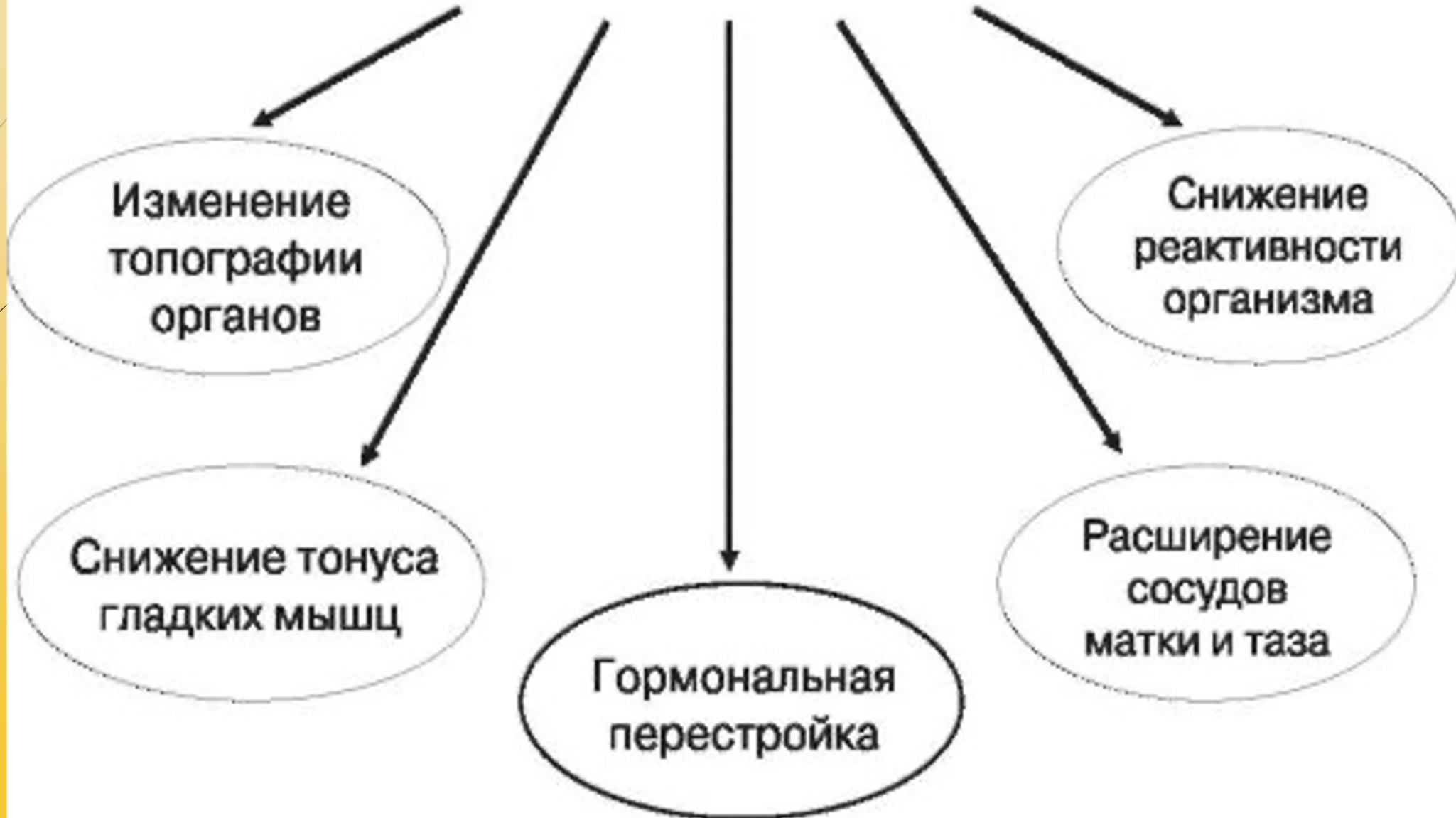
- 
- 
- В 2009 г. М. Buchler и соавт. предложили стадийную (А, В, С) систему классификации хронического панкреатита, учитывающую как клинические проявления заболевания, так и результаты визуализирующих методов [2] (таблица №1):
 - Стадия А: определяется при начальных проявлениях заболевания, когда еще 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

- ▶ измененные анатомические взаимоотношения
- ▶ затрудненная 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.**

- ▶ 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 га-ст-ро-энтерологов.



Спасибо за внимание!