

A comprehensive treatment of women during pregnancy in acute cholecystitis and pancreatitis

Faizieva Zilola Junaydilloevna

Samarkand medical Institute

ANNOTATION

In recent decades, there has been an increase in the number of patients with purulent-inflammatory diseases of the abdominal cavity, in particular during pregnancy. Pancreatitis occupies the 3rd place among acute abdominal diseases [4]. According to various authors, patients with acute destructive pancreatitis make up from 3.0% to 10.0% of all patients with complicated purulent diseases of the abdominal cavity [7]. The prevalence of acute pancreatitis among pregnant women is 1:4000 women. During gestation, acute pancreatitis can occur at any time, but more often in the second half of it. Exacerbation of chronic pancreatitis occurs in every third pregnant woman and often coincides with the development of early toxicosis [1,3,9]. According to Barayyuk N.V. (2015), the frequency of pancreatitis ranges from 1:2880 to 1:11464 births. The mortality rate of women during gestation is slightly higher than that of non-pregnant women. The presence of pregnancy can significantly complicate the diagnosis of the disease [2]. With purulent-inflammatory diseases of the pancreas, intrauterine fetal death often occurs. Perinatal mortality is 38% [5,8].

Despite certain successes of pharmacotherapy, it is not always possible to stop the purulent inflammatory process in the abdominal cavity [6,9,11].

The use of Reosorbilact with broad-spectrum immunomodulators - Splenopid and Roncoleukin, which is also necessary for detoxification and immunocorrection in patients with acute pancreatitis and pancreonecrosis in the gestational period [10,12].

Key words: pancreatitis, cholecystitis, pregnancy, diagnosis, treatment.

Цель: Улучшение результатов лечения женщин во время беременности и с панкреатитом и холециститом с включением в комплекс лечения методов цитокинотерапии и раствора Реосорбилакта.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находились 50 беременных, проходивших лечение в гинекологическом, хирургическом отделениях и Перинатальном центре Самарканда в период с 2014 по 2021 года. Все больные были разделены на две группы. Основная- пациенты пролеченные в 2021г, группа сравнения пациенты в 2014г.

Результаты и их обсуждение: Возраст пациенток основной группы и группы сравнения составил 25—32 года. Оценивая распространенность острой патологии поджелудочной железы и желчного пузыря и хронической патологии ЖКТ у женщин Самарканский области в период 2021 году по сравнению с уровнем 2014 года на 2,2% менее, что является благоприятной тенденцией. В структуре заболеваний ЖКТ у беременных I место занимает хронический гастродуоденит, II – хронический панкреатит, III — хронический калькулезный холецистит, IV—язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и язвенный колит. Семилетний период наблюдения за женщинами с патологией поджелудочной железы и желчного пузыря при беременности позволил обнаружить предикторы рецидивирования и прогрессирования этих заболеваний: наследственная предрасположенность к желчнокаменной болезни, метаболический синдром, нарушение диеты беременных и небеременных период. Распространенность экстрагенитальный заболеваний на одну обследуемую в группе наблюдения была в 2,5 раза выше группы основная и составила — 4,3 против 2,5 нозологических единиц на одну пациентку группы основная.

У 25% больных острым панкреатитом регистрировалась патология желудочно-кишечного тракта, в 10% случаев - артериальная гипертензия и у каждой второй больной хронические заболевания системы дыхания, у каждой третьей мочевыделительной системы и ожирение. Установлен рост частоты осложнений беременности с увеличением срока беременности. Анализ течения I триместра беременности показал, что у беременных группы наблюдения достоверно чаще выявлена угроза прерывания беременности и токсикоз первой половины беременности. Среди беременных в I триместре прослеживается увеличение числа пациенток с заболеваниями ЖКТ в весенний и осенний период. II триместре преэклампсии 10%, гипоксии и внутриутробного инфицирования плода 20%, задержки его развития 8%.

Ранняя диагностика острого панкреатита проводилась при помощи экспресс-теста на трипсиноген-2 в моче. В то время как тесты на амилазу крови и мочи обладают большим процентом ложноположительных результатов. В связи с чем тест «Актам Панкреатитис» может быть рекомендован для ранней диагностики острого панкреатита и холецистита у женщин в период беременности, где диагностика наиболее затруднена. В нашей работе динамика гемограммы и биохимических показателей крови на различных этапах лечения асептического панкреонекроза свидетельствует о значительных. Позитивных сдвигах в течение воспалительного процесса под влиянием комплексного. По динамике биохимических показателей крови в на подгруппе на фоне комплексного лечения (хирургическое, цитокиноterapia и раствор Реосорбилакт) установлены положительные тенденции в лечении панкреонекрозе.Лечения, включающего хирургическое, цитокиноterapia и препарат Реосорбилакт. Оперативная тактика при инфицированном

панкреонекрозе в обеих группах заключалась в выполнении традиционных оперативных вмешательств.

Выводы: Неблагоприятной тенденцией является рост заболеваемости острой патологии гепатопанкреатобилиарной системы у женщин в период беременности. К ведущим предикторам развития острого панкреатита и острого холецистита относятся: наследственная предрасположенность, метаболический синдром, ряд алиментарных и профессиональных факторов, соматические заболевания инфекционного генеза, высокая степень коморбидности. Течение беременности у женщин при остром панкреатите и холецистите сопровождается увеличением частоты угрозы прерывания беременности и токсикоза в I триместре, II триместре преэклампсии, гипоксии и внутриутробного инфицирования плода, задержки его развития.

Использование цитокинотерапии и раствора Реосорбилакта в комплексном лечении острого панкреатита и холецистита у родильниц позволило ускорить нормализацию клинического состояния, общей показателей крови и биохимических показателей, состояния клеточного и гуморального иммунитета, уменьшить длительность стационарного лечения при остром холецистите и панкреатите. Экспресс-диагностика с применением теста «Актам Панкреататас» и комплексное лечение острого панкреатита и холецистита в соответствии с разработанным и научно обоснованным алгоритмом у женщин в период гестации позволили улучшить клиническую эффективность, снизить частоту осложнений и исключить перинатальную смертность.

Литературы:

1. Стяжкина С. Н. и др. Острый холецистит и панкреонекроз у беременных //Наука и образование сегодня. – 2017. – №. 1 (12). – С. 84-85.

2. Трефилова М. А., Гафурова М. М. Хронический калькулезный холецистит беременных (клинический случай) //Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 2. – №. 5 (29). – С. 103-106.
3. Сафиуллина А. И., Стяжкина С. Н., Черненкова М. Л. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ //International Independent Scientific Journal. – 2020. – №. 15-1. – С. 20-21.
4. Стяжкина С. Н., Гадельшина Л. И. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ 34 НЕДЕЛИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) //StudNet. – 2021. – Т. 4. – №. 4.
5. Широкова И. А. и др. Холецистопанкреатиты у беременных //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 117-119.
6. Трефилова М. А., Гафурова М. М. ХОЛЕЦИСТИТ И ПАНКРЕАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) //Форум молодых ученых. – 2017. – №. 5. – С. 2114-2120.
7. Антинян К. Д., Бабенко Е. С., Дурлештер В. М. Особенности диагностики осложненной желчнокаменной болезни у беременных //Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26. – №. 1. – С. 168-174.
8. Григорьева Е. Г., Зубарева А. О. Клиническое наблюдение лечения острого холецистита во втором триместре беременности //Смоленский медицинский альманах. – 2015. – №. 1. – С. 70-70.

9. Оревкова О. Д., Галаганова А. А., Стяжкина С. Н. Хронический холецистит (клинический случай) //Вопросы науки и образования. – 2017. – №. 11 (12). – С. 209-212.
- 10.Егорова А. Т., Маисеенко Д. А., Баранюк Н. В. Течение беременности у женщин с хроническими заболеваниями панкреатобилиарной системы //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2015. – Т. 20. – №. 3. – С. 61-62.
- 11.Китаева М. А. и др. Хирургическая тактика при осложнениях желчнокаменной болезни у беременных на поздних сроках гестации //Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2018. – Т. 177. – №. 3.
- 12.Стяжкина С. Н., Агазова А. Р., Салихова Г. С. Желчнокаменная болезнь беременных //Вестник науки и образования. – 2016. – №. 12 (24). – С. 102-103.