

Хусусиятҳои равиши клиникӣ, зухуроти лабораторӣ, дастгоҳии панкреатитҳои шадид ва музмин дар давраҳои гуногуни ҳомилагӣ ва роҳҳои бартарафкунии мукаммали онҳо

Ш.К. Назаров¹, У.А.Шербек², Э.И. Асадуллоева¹, С.Ғ. Али-Заде¹, А.А. Ворисов¹,
Ҷ.Қ. Аюбов¹, Р.А. Додихудоев¹, С.А. Шарифов¹

¹Кафедраи бемориҳои қарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»;

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Шарҳи адабиёт ба ҷамъбасти натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашудаи муосир оид ба ташҳиси панкреатитҳои шадид ва музмин бо мақсади оптимизатсияи ташҳис ва табобати занони ҳомила бо назардошти мураккабии ташҳис дар системаи панкреатикобилиарӣ бахшида шудааст. Инчунин доир ба масъалаҳои этиопатогенез, зухуроти клиникии панкреатит, ки ба шароитҳои гуногуни душвори ҳомилагӣ дахл дорад ва сабаби он аксар вақт холелитиаз мебошад, аҳамият дода шудааст. Маълумот дар бораи истифодаи гузаронидани ултрасадо, томографияи магнитию резонансӣ ва холангиопанкреатографияи ретроградӣ, папиллосфинктеротомия дар марҳилаҳои гуногуни ҳомилагӣ оварда шудааст. Муаллифон тактикаи фаъоли ташҳис ва табобати панкреатитҳои шадидро риоя мекунанд, ки ба кам шудани оризаҳо, коҳиш додани мушкилот, ғавти модарон ва дар давраи перинаталӣ мусоидат мекунад.

Калидвожаҳо:

панкреатитҳои шадид ва музмин, ҳомилагӣ, ташҳис, табобат, холедохолитиаз, ғавти модарон ва ғавти перинаталӣ

Барои иқтибос:

Назаров Ш.Қ., Шербек У.А., Асадуллоева Э.И., Али-Заде С.Ғ., Ворисов А.А., Аюбов Ҷ.Қ., Додихудоев Р.А., Шарифов С.А. Хусусиятҳои равиши клиникӣ, зухуроти лабораторӣ, дастгоҳии панкреатитҳои шадид ва музмин дар давраҳои гуногуни ҳомилагӣ ва роҳҳои бартарафкунии мукаммали онҳо. Маҷаллаи илмӣ-тиббии Авруосиё «Сино». 2024; 5(3): 61-78 <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2024-5-3-61-78>

DOI: 10.54538/2707-5265-2024-5-3-61-78

Особенности клинического течения, лабораторно-инструментальных проявлений острого, хронического панкреатита в различные периоды беременности и их комплексная коррекция

Ш.К. Назаров¹, У.А.Шербек², Э.И. Асадуллоева¹, С.Г. Али-Заде¹, А.А. Ворисов¹,
Дж.К. Аюбов¹, Р.А. Додихудоев¹, С.А. Шарифов¹

1Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Душанбе, Республика Таджикистан

2Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Литературный обзор посвящено обобщению результатов современного исследования по вопросам диагностики острого и хронического панкреатита с целью оптимизации диагностики и терапии беременных женщин с учётом сложности проведения диагностики в панкреатобилиарной системе. В обзоре литературы затронуты вопросы этиопатогенеза, клинических проявлений панкреатита при различных сложных обстоятельствах беременности, причиной которого чаще является желчнокаменная болезнь. Представлены данные о применении УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, папиллосфинктеротомии на различных сроках беременности. Авторы придерживаются активной тактики диагностики и лечения острого панкреатита, которая способствует снижению осложнений, как материнской, так и перинатальной смертности.

Ключевые слова:

острый и хронический панкреатит, гестация, беременность, диагностика, лечение, холедохолитиаз, материнская и перинатальная смертность

Для цитирования:

Назаров Ш.К., Шербек У.А., Асадуллоева Э.И., Али-Заде С.Г., Ворисов А.А., Аюбов Дж.К., Додихудоев Р.А., Шарифов С.А. Особенности клинического течения, лабораторно-инструментальных проявлений острого, хронического панкреатита в различные периоды беременности и их комплексная коррекция. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2024; 5(3): 61-78. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2024-5-3-61-78>

10.54538/2707-5265-2024-5-3-61-78

Features of clinical course, laboratory and instrumental manifestations of acute, chronic pancreatitis in different periods of pregnancy and their complex correction

Sh.K. Nazarov¹, U.A. Sherbekov², E.I. Asadulloeva¹, S.G. Ali-Zade¹,
A.A. Vorisov¹, J.K. Aiybov¹, R.A. Dodikhudoev¹, S.A. Sharifov¹

¹The Department of Surgical Diseases №1 named after academician K.M. Kurbonov «Avicenna Tajik State Medical University»;

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

The literature review is devoted to summarizing the results of modern research on the diagnosis of acute chronic pancreatitis in order to optimize the diagnosis and treatment of pregnant women, taking into account the complexity of diagnostics in the pancreatobiliary system. The literature review touches on the issues of ethiopathogenesis, clinical manifestation of pancreatitis in various difficult circumstances of pregnancy, the cause of which is often cholelithiasis. Data on the use of ultrasound, MRI CP, ERCP and papillosphincterotomy at various stages of pregnancy are presented. The authors adhere to active tactics for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis, which help reduce complications of both maternal and perinatal mortality.

Key words:

Acute and chronic pancreatitis, gestation, pregnancy, diagnosis, treatment, often cholelithiasis, maternal and perinatal mortality.

For citation:

Nazarov Sh.K., Sherbekov U.A., Asadulloeva E.I., Ali-Zade S.G., Vorisov A.A., Ayubov J.K., Dodikhudoev R.A., Sharifov S.A. Features of the clinical course, laboratory and instrumental manifestations of acute, chronic pancreatitis in different periods of pregnancy and their complex correction. *Eurasian Scientific Medical Journal "Sino"*. 2024; 5(3): 61-78. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2024-5-3-61-78>

Дар айни замон, бемории шадид ва музмини илтиҳобӣ – дегенеративии ғадуди зерӣ меъда як патологияи гетерогенӣ ва аксар вақт шадид махсуб меёбад. Ҳангоми раванди шадид ё авҷгирии панкреатит, ки одатан хусусияти сафрӣ дорад, дар марҳилаҳои гуногуни ҳомилагӣ душвориҳои махсус дар ташхис ва муолиҷаи беморон ба миён меоянд. Тибқи маълумоти омӯрӣ, ин дар 3 ҳолат ҳангоми 10 ҳазор ҳомилагӣ мушоҳида мешавад ва солҳои пеш мизони ғавти бармаҳалии модарон аз панкреатитҳои шадид то 20% ва ғавти перинаталӣ то 50%-ро ташкил меод [1]. Бо назардошти ин, таи солҳои охир, ҷорӣ намудани холесистэктомияи лапароскопӣ ва пунксияи талҳадон дар занони ҳомила ғавти модарон ва талафоти перинаталиро ба таври назаррас, то 4,7% коҳиш дод. Тавсияҳои мавҷуда оид ба ташхис ва табобати панкреатитҳои шадид ва музмин дар беморон ҳангоми ҳомилагӣ қомилан ба инобат гирифта намешаванд, ки метавонанд омили кам будани ҷунин авориз гарданд. Аксари таҳқиқотҳо дар ин мавзӯ бо тавсифи ҳолатҳои клиникаи инфиродӣ ва таҷриба дар идоракунии ҳомилагӣ ва таваллуд маҳдуданд [2].

Панкреатитҳои шадид, одатан авҷгирии панкреатити музмин буда, яке аз бемориҳои маъмултарин дар гастроэнтерология мебошад, ки бо басомади аз 10 то 79 ҳолат ба 100 000 нафар руҳ медиҳад ва тақрибан 1,2%-и беморонро ташкил медиҳад. Дар занони ҳомила, бемории панкреатит тақрибан 3 ҳолат ба 10,000 аст, ки нисбат ба шумораи умумии аҳоли тақрибан 1,5 маротиба камтар аст. Ин метавонад ба синну соли ҷавон ва хусусиятҳои ҷинсӣ вобаста бошад. Хавфи пайдоиши панкреатит дар занони ҳомила бо пешравии ҳомилагӣ меафзояд: дар сеоҳаи аввал 19%, дар дуюм - 26% ва дар сеюм - 53%, ки бо афзоиши ҳаҷми панкреатит шарҳ дода мешавад. Дар давраи баъди таваллуд зуҳури

панкреатит дар 2% ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Тафовут дар инкишофи панкреатитҳои шадид байни примигравидаҳо (дар сеоҳаи сеюм) ва мултигравидаҳо (дар сеоҳаҳои якум ё дуюм) омилҳои иловагии патогенетикӣ нишон медиҳанд. Ҳангоми муолиҷаи занони ҳомила бо авҷгирии панкреатит, ба назар гирифтани ҷаҳор ҷанбаи асосӣ муҳим аст: 1) ҷой доштани хуруҷи беморӣ (бо назардошти ташхиси дифференсиалӣ); 2) эҳтимолияти пайдоиши этиологияи сафрии панкреатит; 3) вазнинии беморӣ; 4) давраи ҳомилагӣ [3].

Ҷавоб ба саволи охирин ба интиҳоби усулҳои ташхис ва тактикаи табобат таъсир мерасонад, ки қори муштараки акушерҳо, гастроэнтерологҳо ва ҷарроҳонро талаб мекунад. Бисёр паҳлӯҳои патогенези шаклҳои гуногуни панкреатит ҳанӯз ҳам кам омӯхта шудаанд. Бо вуҷуди ин, як пешгӯии боэътимоди беморӣ истеъмоли мунтазами 80 г машрубот дар як рӯз аст, гарчанде ки таҳқиқоти назорати ҳолатҳо муносибати мустақими байни миқдори машруботи истеъмолшуда, давомнокии истеъмоли он ва рушди панкреатит музминро нишон намодааст. Тамоқукашӣ, инчунин, як омили мустақилест, ки ҳам ба пайдоиш ва ҳам пешрафти панкреатити музмин, ҳатто бидуни истеъмоли машрубот мусоидат мекунад. Дар занони ҳомила ин дар 12,3% беморон мушоҳида мешавад, ки нақши муҳими таъсири токсикӣ музминро дар рушди панкреатит таъкид мекунад [4].

Хавфи пайдоиши панкреатит ҳангоми мавҷудияти гиперпаратиреозҳои ибтидоӣ ва гиперкалциемиа зардобӣ хун 28 маротиба меафзояд. Гарчанде ки диабети намуди 1 ва 2 як омили мустақили хавф барои панкреатит музмин ба ҳисоб намеавад, он метавонад оқибати он бошад, зеро беморӣ пешрафт мекунад [5].

Панкреатитҳои ирсӣ бо басомади 3 ҳолат ба 1 миллион нафар руҳ медиҳанд.

Муҳимтарин омили молекулавӣ дар патогенези он трипсиноген аст: дар 66% беморони гирифтори майли ирсӣ ба панкреатит, мутатсияи гени трипсиногени PRSS1 муайян карда мешавад. Мутатсияҳо дар генҳои SPINK1 (ингибитори серин протеаза) ва CFTR (танзимгари мубодилаи хлорид ва бикарбонат) низ ба панкреатити музмини идиопатикӣ майлдоранд ва дар 30% ва 25-30% беморон дар муқоиса бо 1-2% ва 15% мушоҳида мешаванд. дар байни аҳоли [6].

Панкреатитҳои аутоиммунӣ як бемории системавӣ ва такроршавандаи нахилтиҳобӣ мебошад, ки ба гадуди зери меъда таъсир мерасонад. Зухуроти асосии он дарди шикам, зардпарвин, зиёдшавии сатҳи IgG4 дар хуноба (дар 50% ҳолатҳо), стенозҳои паҳншуда ё сегменталии канали гадуди зери меъда ва камтар маъмул мавҷудияти калсификатҳо мебошанд. Дар сохтори панкреатит музмин дар калонсолон шакли спиртӣ бартарӣ дорад (50-84%), пас аз он панкреатит идиопатикӣ (то 28-45% ҳолатҳо), аксар вақт бо майли генетикӣ алоқаманд аст. Панкреатити воқеии ирсӣ дар 1-4% беморон рух медиҳад [7].

Консенсуси Олмон таъсири гиперпаратиреозии ибтидоиро ба рушди панкреатит эътироф мекунад, ба истиснои нақши холесистолитиаз, холедохолитиаз ва нуқсонҳои системаи гепатопанкреатобилиарӣ, ба монанди мавҷудияти ду канали гадуди зери меъда. Бо вуҷуди ин, бемории санги захра як омили муҳимме боқӣ мемонад, ки панкреатитҳои шадидро ба вуҷуд меорад. Сангҳо дар ампулаи папиллаи фатериалӣ ё микролитиаз метавонанд боиси пеш аз мӯҳлат ғафол шудани трипсиноген гардад, ки раванди патологиро ба вуҷуд меорад. Аз ин рӯ, барои беморони гирифтори холесистолитиаз, ки панкреатити шадиддоранд, холесистэктомия тавсия дода мешавад. Ин махсусан, ҳан-

гоми банақшагирии ҳомилагӣ муҳим аст, зеро аз се як то ду ҳиссаи занони гирифтори санги захра метавонанд авҷ гирифта ни панкреатитро аз сар гузаронанд. Бояд қайд кард, ки микролитиаз метавонад дар 5-10% беморон пас аз холесистэктомия инкишоф ёбад [8].

Агар беморӣ ремиссияи устувор дошта бошад, бе дисфунксияи назарраси гадуди зери меъда ва мушкilot ба монанди диабет панкреатогенӣ, панкреатити музмин барои ҳомилагӣ монеа нест. Патогенези авҷгирии панкреатит дар давраи ҳомилагӣ аксар вақт бо холелитиаз (зиёда аз 70% ҳолатҳо), камтар бо гипертриглитсеридемия алоқаманд аст. Омилҳои асосии хавф ин суиистифодаи машрубот ва ғизои нодуруст боқӣ мемонанд [9]. Гипертриглитсеридемия (сатҳи триглицеридҳо аз 1000 мг/дл) дуввумин сабаби маъмултарини панкреатитҳои шадид дар занони ҳомила мебошад, ки пас аз истеъмоли машруботи спиртӣ дуумдараҷа аст. Дар семоҳаи сеюм, сатҳи триглицеридҳо се маротиба зиёд мешаванд, ки эҳтимолан бо афзоиши синтез дар зери таъсири эстрогенҳо ва кам шудани секрецияи липопротеинҳои зичии паст алоқаманд аст [9-11].

Вазни зиёдати ва тағйироти гормонҳои занони ҳомиларо ба пайдоиши лойи сафро ва сангҳои гадуди зери меъда бештар майл мекунад, ки хатари пайдоиши сангҳои захраро зиёд мекунад. Ин хатар бо зиёд шудани шумораи ҳомилагӣ меафзояд. Дар семоҳаи дуюм ва сеюм, сатҳи холестирини сафро зиёд шуда, ҳаҷм ва суръати ҳоли кардани гадуди меъда коҳиш ёфта, ба ташаккули лойҳои сафро ва санг мусоидат мекунад, ки ин тамоюл бо шумораи ҳомилагӣ алоқаманд аст [12].

Тақрибан 10% занони фарбеҳ бо сатҳи баланди холестерин, ки омили хатар аст, ҳангоми ҳар як ҳомилагӣ слаҷи сафро ва захраро аз сар мегузаронанд. Одатан, пас аз таваллуд ҳаракати талҳадон барқарор

мешавад, ки метавонад боиси аз байн рафтани сладҷи сафро ва санг гардад [13].

Ташхиси панкреатити шадид дар занони ҳомила ба мавҷудияти ду аз се нишона асос ёфтааст: (1) дарди шадиди шикам (одатан дар минтақаи эпигастрӣ бо радиатсия ба пушт); (2) камаш се маротиба зиёд шудани сатҳи амилаза ё липаза дар хун; (3) тағйирот дар системаи панкреатикобилиарӣ, ки тавассути ултрасадо, ташхиси магнитию резонансӣ ё (дар занони ҳомила манъ аст) тафтиши томографи-яи компютерӣ бо контраст муайян карда мешаванд. Агар дарди шадид аз авҷгирии панкреатит шаҳодат диҳад, аммо сатҳи ферментҳо камтар аз се маротиба зиёд шавад, таҳқиқоти иловагии инструменталӣ, ба монанди ултрасадо лозим аст [14].

Дар панкреатитҳои шадид, дар 75-85% ҳолатҳо, васеъшавии диффузии гадуди зерӣ меъда аз сабаби варамӣ инкишоф меёбад, ки одатан дар давоми як ҳафта бартараф мешавад. Ин ҳолат панкреатити шадиди интерстисиялӣ номида мешавад, ки сатҳи пасти фавт тақрибан 1% -ро ташкил медиҳад. Бо вучуди ин, дар 15-25% беморон некрози паренхимаи гадуди зерӣ меъда ва/ё бофтаи атроф ба амал меояд, ки ба панкреатитҳои шадиди некротикии геморрагикӣ оварда мерасонад, ки сатҳи фавт аз 10 то 24% зиёдтар аст.

Таснифи панкреатитҳои шадид дар соли 2012 (Атланта, 1992) ду марҳилаи бемориро фарқ мекунад: барвақт ва дер, бо ду қуллаи фавт. Дар марҳилаи аввал (ҳафт рӯзи аввал) вазнинӣ аз рӯи дараҷаи нокомии узвҳо муайян карда мешавад. Нокомии узвҳо, агар он дар давоми 48 соат бартараф шавад, "гузаранда" ва агар зиёда аз 48 соат давом кунад, "пойдор" ҳисобида мешавад. Марҳилаи дер (якчанд ҳафта ё моҳ) бо аксуламалҳои системавии илтиҳобӣ ё мушкilotи маҳаллӣ тавсиф мешавад, ки панкреатитҳои миёна ва шадидро нишон медиҳанд. Тасниф се дараҷаи

вазнинии панкреатитҳои шадидро муайян мекунад: сабук, миёна ва вазнин. Ҳангоми шакли сабук, одатан ба дигар узвҳо таъсир нарасоонида беморон бе зарурати гузаронидани таҳқиқоти иловагии гадуди зерӣ меъда сӯҳат мешаванд [15-16].

Панкреатитҳои шадиди миёна бо нокомии муваққатии узвҳо, ки дар давоми 48 соат нопадид мешаванд ва/ё мушкilotи маҳаллӣ ё системавро ҳамроҳӣ мекунанд. Дар ин асно, аломатҳои мавзӣ аз дарди тӯлонии шикам, лейкоцитоз, табларза иборат мебошанд ва мушкilotи системавӣ шадидшавии бемориҳои дилу раг ё шушро дар бар мегиранд. Шакли вазнини панкреатити шадид дар тӯли зиёда аз 48 соат бо таъсир ба бисёр узвҳо ифода меёбад [17-18].

Агар ҳолати бемор дар марҳилаи аввал бе норасоии экзокринӣ мӯътадил шавад, панкреатит сабук тасниф карда мешавад. Ҳангоми мавҷудияти мушкilot бидуни норасоии доимии узв, шакли миёна ташхис карда мешавад. Норасоии доимии узвҳо панкреатити шадидро бо хатари баланди оқибатҳои номатлуб нишон медиҳад. Дар ин асно тавсифи дурусти тасвири клиникӣ, аз ҷумла давомнокии авҷгирии беморӣ барои интиҳоби стратегияи оптималии табобат муҳим аст [19].

Раванди ҳомилагӣ ба параметрҳои гематологӣ ва биохимиявӣ таъсир мерасонад, ки ҳангоми ташхис ва арзёбии шиддати панкреатитҳои шадид бояд ба назар гирифта шаванд. Сарфи назар аз шабоҳати тасвири клиникии занони ҳомиладор ва ғайриҳомила, аломатҳо метавонанд гуногун бошанд ва инчунин, бо дигар бемориҳои акушерӣ ва ҷарроҳӣ шабоҳатдоранд. Ин дар баробари фоизи баланди шаклҳои бедард (25,6%) ва дер мурочиат кардани бемор ташхисро мушкilot мекунад. Дар марҳилаҳои аввали ҳомилагӣ, инкор кардани ҳомиладорӣ ғайрибаҷадонӣ ва дар марҳилаҳои баъд ҷудошавии

бармаҳал пласента, преэклампсия ё алоими Hellp муҳим аст. Ҳангоми ташхиси дифференсиалӣ бояд мавҷудияти дигар бемориҳо низ бояд ба назар гирифта шаванд, аз қабилӣ қайқунӣ дар семоҳаи аввал, гипертаратиреоз ва фарбеҳии шадиди ҷигар ва ғ.[20].

Ҳангоми ташхиси панкреатит дар занони ҳомила сатҳи липидҳои хун, параметрҳои функсияи ҷигар (ALT, AsT, фосфатазаи сілтӣ, γ-GT, билирубин, профили сафеда), электролитҳо, инчунин санҷишҳои гепатити вирусӣ ва паразитӣ бояд ба назар гирифта шаванд. Барои баҳодиҳии функсияи ғадуди зерӣ меъда, сатҳи глюкозаи хун ва гемоглобини гликозидшуда санҷида мешавад. Санҷишҳои хун, ки сатҳи амилаза ва липазаро чен мекунад, яке аз аломатҳои ташхисгузори бозғайтмодии панкреатитҳои шадид боқӣ мемонанд [22-23].

Сатҳи липаза ҳангоми ҳомилаӢ тағир намеёбад, дар ҳоле ки сатҳи амилаза метавонад муқаррарӣ ё каме баланд бошад. Зиёда аз се маротиба зиёд шудани ALT аломати панкреатитҳои сафрӣ буда, тағирёбии ферментҳои ҷигар ва билирубин дар ташхиси ин беморӣ нақши муҳим дорад. Ҳангоми ҳомиладорӣ физиологӣ, сатҳи амилаза ва липаза, одатан дар ҳудуди муқаррарӣ қарор доранд. Бо вучуди ин, афзоиши онҳо, махсусан сатҳи изоамилазаи панкреатикӣ, метавонад панкреатитҳои шадидро нишон диҳад. Амилаза дар 24 соати аввал зиёд мешавад ва метавонад дар давоми 3 то 7 рӯз баланд боқӣ монад [24-26].

Ферменти липаза, ки барои панкреатит хос аст, дертар, яъне дар рӯзҳои 4-5 афзоиш меёбад ва метавонад дар давоми 10-13 рӯз баланд бошад. Эластазаи ҳуноба бошад аз соатҳои аввали авҷ гирифтани зиёд мешавад ва нисбат ба амилаза дарозтар давом мекунад [27]. Бояд дар хотир дошт, ки ин нишондиҳандаҳо метаво-

нанд ғайриспесификӣ бошанд ва дараҷаи тағйирёбии онҳо на ҳамеша бо шиддати беморӣ ё сатҳи фавти модарон ва перинаталӣ алоқаманд аст. Сатҳи баланди амилазаро на танҳо ҳангоми панкреатит, балки ҳангоми ҳомиладорӣ муқаррарӣ, нокомии гурда, паротит, бемориҳои роҳҳои сафр ва сурохиҳои захми меъда мушоҳида кардан мумкин аст [28-29].

Дар марҳилаҳои аввали ҳомилаӢ, аломатҳои диспепсия метавонанд бо зуҳуроти токсикозҳои барвақт, ки метавонанд бо қайқунӣ то 17-22 ҳафтаи ҳомилаӢ ва ҳатто бештар аз он ҳамроҳ шаванд, мувофиқат кунанд. Агар диспепсия пеш аз 12 ҳафтаи ҳомилаӢ рух диҳад, он одатан бо токсикозҳои барвақт алоқаманд аст. Пас аз 12 ҳафта, чунин аломатҳо ҳамчун шиддатёбии эҳтимолии панкреатит музмин ё бемории системаи гепатобилиарӣ ҳисобида мешаванд [30].

Барои дақиқ муайян кардани панкреатитҳои шадид дар занони ҳомила, муҳим аст, ки табиати алоими дард ва аломатҳои шикамо бодикқат арзёбӣ кард. Мутахассис, инчунин, бояд раванди беморӣ ва ҷой доштани беориҳои ҳамрадифро ба назар гирад, аз ҷумла мавҷудияти панкреатити музмин, авҷгирии он, ҳуроки охири, аксуламалҳои аллергӣ ва доруҳо. Ташхиси дифференсиалии шикам аз истисноии бемориҳои ба монанди аппендисити шадид, сироятҳои роҳҳои пешоб, уролития ва холецистит иборат аст [31].

Бо авҷ гирифтани панкреатит ҳангоми алоқаманд набудани дарди шикам бо сабабҳои акушерӣ алалхусос дар минтақаи эпигастрий ҷойгир будани он бо дилбеҳузурӣ, қайқунӣ, табларза ва заршавии пӯст ва склера гумонбар шудан мумкин аст. Дард ҳангоми палпатсияи минтақаи ғадуди зерӣ меъда, инчунин баланд шудани ҳассосияти пӯст дар минтақаи сегментҳои VIII-X дар чап (аломати Захарин-Гед) му-

айян карда мешавад. Ташхиси панкреатитҳои шадид аксар вақт бо истифода аз меъёрҳои системаи Рэнсон ва Балтазар гузошта мешавад. Дар занони ҳомиладор метавонад нишонаҳои захролудшавии эндогениро аз қабيلي афзоиши нишондиҳандаҳои захролудшавии лейкоцитҳо, молекулаҳои массаи миёна ва комплексҳои иммунии гардишкунанда зуҳур ёбад. Ин нишондиҳандаҳо метавонанд эндотоксемияро нишон диҳанд, ва метавонад ба комплекси фетопласенталӣ таъсири манфӣ расонад ва хатари таваллуди пеш аз мӯҳлатро то 79% зиёд кунад [32].

Усулҳои тасвирӣ, ба монанди тадқиқоти ултрасадои шикам, барои ташхиси панкреатитҳои шадид, аз ҷумла муайян кардани этиологияи сафро муҳиманд. Бо вучуди ин, ултрасадо метавонад на ҳамеша сангҳои рӯдаи сафро ё лойи сафроро муайян кунад. Дар ҷунин ҳолатҳо, ТУС ва эндоскопия тавсия дода мешавад, ки хеле дақиқ буда, (то 100%) ҳангоми муайян кардани сангҳо дар роҳи умумии сафро ва аксар вақт аз таҳқиқоти холангиографияи магнитию резонансӣ бартарият дорад [33-34].

Пеш аз гузаронидани холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ дар бемороне, ки усулҳои ғайриинвазивӣ ба монанди холангиографияи магнитию резонансӣ барои онҳо дастрас нестанд ё муқобиланд, тавсия дода мешавад, ки аз ултрасадои эндоскопӣ истифода бурда шавад. Дар маҷмӯъ таҳқиқоти ултрасадо радиатсия надорад, аммо метавонад сангҳоро дар роҳҳои сафро ошкор кунад, дар ин асно барои табобат гузаронидани амалиёти сфинктеротомия дар як анестезия имконпазир мегардад. Томографияи магнитию резонансӣ ва холангиопанкреатографияи магнитию резонансӣ муоинаи босифати бофтаҳои нарм ва системаи ғадуди меъда мебошад. Таҳқиқоти магни-

тию резонансӣ усули афзалиятнок барои арзёбии роҳҳои талхагузар мебошад, ки махсусан дар ҳолатҳои клиникӣ, арзёбии дақиқи найчаҳои талхаравро ифода мекунад. Ин усул таъини маҳлулҳои контрастдорро талаб намекунад ва ҳангоми гузаронидани таҳқиқот ба гурдаҳо таъсири манфӣ намерасонад. Бо вучуди ин, беҳатари томографияи магнитию резонансӣ дар семоҳаи аввали ҳомилагӣ аз сабаби таъсири эҳтимолии гармӣ ба ҳомила норавшан боқӣ мемонад ва аз ин рӯ ба таври истисно танҳо дар ҳолатҳои истифода мешавад, ки усулҳои дигари тасвирӣ нокифоя бошанд [35-37].

Таҳқиқоти магнитию резонансӣ дар баъзе мавридҳо метавонад сангҳои дохили маҷроиро пайдо накунад, махсусан ҷойгиршавии сангҳо ҳангоми дар қисми дурдасти роҳи умумии сафро бошад. Барои арзёбии сангҳои калонтар, ба гузаронидани таҳқиқоти ултрасадои дохилӣ бартарӣ дода мешавад. Томографияи компютерӣ барои занони ҳомила бо сабаби хатари таъсири радиатсионӣ ба тифл дар ҳама марҳилаи ҳомилагӣ тавсия дода намешавад [38].

Холангиопанкреатографияи ретроградии эндоскопӣ аз сабаби хатарҳои марбут ба таъсири радиатсионӣ ва мушкilotи эҳтимолӣ ба монанди рушди панкреатитҳои шадид пас аз ҷарроҳӣ арзиши ташхисии худро гум кардааст. Дар айни замон, усулҳои беҳатартар ба монанди таҳқиқоти ултрасадои дохилӣ ё эндоскопӣ ва холангиопанкреатографияи магнитӣ қобили қабул мебошанд. Масалан, барои монетаи доимии сафро, ки панкреатити шадидро бадтар мекунад ва метавонад ба холангити бактериявӣ оварда расонад, ва папило сфинктеротомияи эндоскопӣ метавонад сангҳои захро самаранок нест кунад ва ҷараёни сафрои сироятшударо беҳтар кунад ва ин равандро дар табобати холедо-

холитиази симптоматикӣ дар ҳомилагӣ самаранок гардонад. Хавфи асосӣ таъсири радиатсионӣ ба ҳомила аст, аммо онро метавон тавассути маҳдуд кардани вақти флюроскопӣ, истифодаи муҳофизати сурб ва канорагирӣ аз таъсири мустақим кам кард. Пеш аз анҷом додани томографияи магнитию резонансӣ бо маҳлули контрастӣ ба интихоби бемороне, ки воқеан ба папилотомия ниёз доранд, кӯмак мекунад ва ба ин васила шумораи оризаҳоро коҳиш медиҳад [39].

Табобати панкреатит дар занони ҳомила ба рафъи дард, рафъи нишонаҳои диспепстикӣ ва заҳролудшавӣ, коҳиш додани равандҳои илтиҳобии ғадуди зеримеъда, инчунин пешгирии норасоии экзокринӣ ва эндокринӣ нигаронида шудааст. Мувофиқи тавсияҳои консенсуси олмонӣ, барои ба даст овардани натиҷаи хуб мусоиди панкреатити шадид, бояд сари вақт дар раванди табобат боафзалият аз маҳлулҳои кристаллоидӣ истифода намуд [40].

Раванди ғизодиҳӣ барои беморони мубталои панкреатитҳои шадид дар занони ҳомиладор бояд бодикқат ба нақша гирифта шавад. Ғизои парентералӣ метавонад ҳангоми истифодаи катетерҳои марказии венаҳои периферӣ мушкилотро ба вуҷуд орад, аз ин рӯ истифодаи ғизои сиппингӣ афзалтар аст. Қатъи ғизо ҳатто барои панкреатитҳои шадид намуди табобат нест ва агар имконпазир бошад, ғизои сиппингӣ тавсия дода мешавад. Риояи принципи истироҳати функционалии ғадуди зеримеъда муҳим аст, ки рафъи дард ва табобати инфузиониро талаб мекунад [41-44].

Табобати антибактериалӣ бояд бо эҳтиёт таъин карда шавад. Ҳангоми шакли сабуки панкреатити шадид, аломатҳои холангит ва диаметри муқаррарии роҳҳои сафро, антибиотикҳо талаб карда намешаванд. Дар интихоби доруҳо, тератогенӣ

эҳтимолии онҳоро ба назар гирифтани лозим аст. Метронидазол, сарфи назар аз воридшавӣ тавассути плацента, тератогенӣ исботшуда надорад. Имипенем ва хинолонҳо барои хатар ба ҳомила ҳамчун категорияи С тасниф карда мешаванд, аммо ғоидаи онҳо метавонад дар баъзе ҳолатҳо аз хатарҳо зиёдтар бошад. Ампитсиллин/сулбактам ва пиператсиллин/тазобактам ба категорияи В тасниф карда мешаванд, ки ин онҳоро барои истифода дар занони ҳомила афзалтар мегардонад. Дар ин асно тасҳеҳи табобат бояд дар асоси тафтиши ҳассосияти микроорганизмҳо ва ҳолати бемор анҷом дода шавад [45].

Табобати холелитиаз дар занони ҳомиладор муносибати махсусро талаб мекунад. Барои сангҳо дар талхадон ва роҳҳои талхагузари умумӣ, интихоби усули дурусти бартарафсозӣ ва муайян кардани вақти оптималии амалиёти холецистэктомия муҳим аст. Беҳтар он аст, ки амалиёти ҷарроҳӣ дар семоҳаи дуҷуми ҳомилагӣ анҷом дода шавад, зеро то ин вақт органогенез тамом мешавад, хатари исқоти ҳамл камтар мешавад ва андозаи бачадон ҷарроҳии лапароскопиро душвор намегардонад. Қарори ҷарроҳӣ аз семоҳаи ҳомилагӣ, мавҷудияти васеъшавии роҳи умумии сафро, аломатҳои холангит ва вазнинии панкреатит вобаста аст. Вақти оптималии муҳолилаи ҷарроҳӣ семоҳаи дуюм ба ҳисоб меравад, зеро то ин вақт органогенез ба анҷом расидааст, хатари исқоти ҳамл нисбат ба семоҳаи аввал камтар аст ва андозаи бачадон гузаронидани амалиёти лапароскопияро мушкул намекунад [46].

Холесистэктомияи лапароскопӣ дар семоҳаи дуҷуми ҳомилагӣ беҳтарин самт барои бартараф кардани сангҳои заҳра мебошад, зеро он барои модар ва ҳомила камтар дардовар аст. Нишондодҳои асосии ҷарроҳӣ ҳолати вазнинии клиникӣ, зардшавии обструктивӣ, холесистити шадид бидуни динамикаи мусбат пас аз та-

бобат ва перитонит мебошанд. Ин мудохила вақте анҷом дода мешавад, ки дигар табобатҳо самаранок нестанд ва ҷарроҳӣ барои пешгирии мушкилот ва ориза зарур аст[47].

Холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ бо сфинктеротомия ва гирифтани сангҳои захра ҳангоми панкреатитҳои шадид, холангит, монешавии доимии роҳҳои талхагузар, инчунин барои беморони гирифтори холесистэктомия ё ғайринишондодӣ табобати ҷарроҳӣ нишон дода мешавад. Ин махсусан барои занони ҳомиладор дар сеоҳаи якум ва сеюм дуруст аст, ки дар онҳо нишондод барои холецистэктомия нест. Дар ҳолатҳое, ки сангҳо дар роҳҳои сафрои умумӣ пайдо мешаванд, сфинктеротомияи сафро метавонад аз холецистэктомия афзалтар бошад, танҳо бо назардошти он, ки агар амалиёти ҷарроҳӣ бо сабаби ҳомилагӣ имконнопазир бошад. Самаранокии сфинктеротомия дар пешгирии такрори панкреатитҳои сафрой, махсусан дар беморони дорои хатари баланд исбот шудааст. Бо вучуди ин, нишондодҳои холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ бо сфинктеротомия дар панкреатитҳои шадид бидуни холестази шадид шубҳаоваранд ва на ҳама беморони гирифтори сладҷи сафро ҳангоми ҳомилагӣ ба чунин раванди табобатӣ ниёз доранд [48].

Дар мавриди муолиҷа дар чунин ҳолатҳо дар давраи ҳомилагӣ тавсияҳои расмӣ вучуд надоранд. Одатан, ба беморон истеъмоли хӯроки камравған, табобати зидди гиперлипидемикӣ (ба истиснои статинҳо), инсулин ва гепарин барои баланд бардоштани фаъолияти липаза ва дар ҳолатҳое, ки дигар табобатҳо натиҷа надоданд, плазмаферез ва липоферез таъин карда мешаванд. Масъалаи қатъ кардани ҳомилагӣ дар панкреатитҳои шадид вобаста ба вазнинии беморӣ ва

давомнокии ҳомилагӣ алоҳида ҳал карда мешавад. Дар марҳилаҳои гуногуни ҳомилагӣ, усулҳо метавонанд фарқ кунанд: пеш аз 12 ҳафта қатъ кардани ҳомилагӣ дар ҳолати вазнин будани беморӣ тавсия дода мешавад, то ба ҳаёти модар таҳдид накунад, пас аз 36 ҳафта: ҳангоми панкреатитҳои шадид таваллуди барвақт тавасути таваллуди физиологӣ бо анестезияи эпидуралӣ барои кам кардани бори бадаи модар ва пешгирӣ аз ҷарроҳӣ афзалият дорад [49]. Ҳангоми мавҷудияти нишондодҳои ҷиддии акушерӣ ё мушкилоти сироятӣ (масалан, шиками сироятшуда) барои кам кардани хатари сироят танҳо буридани ҷарроҳии экстраперитоналӣ гузаронида мешавад. Агар табобати ҷарроҳӣ ҳангоми панкреатити шадид ва ориҳо талаб карда шавад, пас ҷарроҳӣ анҷом дода мешавад. Дар мавриди ҷой доштани панкреатити музмин, он барои банақшагирӣ ва гузаронидани ҳомилагӣ муқобил нест. Бо вучуди ин, занони гирифтори панкреатити музмин бояд аз ташҳиси дақиқ гузаранд, мунтазам назорат карда шаванд ва табобати мувофиқ гиранд. Бо ремиссияи мӯътадили беморӣ ва набудани ихтилоли ҷиддии кори ғадуди зери меъда, ҳомилагӣ имконпазир аст. Муҳим он аст, ки чунин занҳо аз ҳафтаҳои аввали ҳомилагӣ таҳти назорати гастроэнтеролог ва гинеколог бошанд, то авҷ гирифтани беморӣ ва дар ҳолати зарурӣ бояд даҳолати саривақтӣ андешида шаванд [50].

Панкреатитҳои шадид ҳангоми ҳомилагӣ, сарфи назар аз нодир буданаш, як бемории ҷиддиест, ки барои модар ва раванди ҳомилагӣ хатари зиёд дорад. Аммо имруз усулҳои муосири ташҳис ва табобат ин хатарҳоро ба таври қобили мулоҳиза коҳиш доданд. Панкреатитҳои шадид маъмулан дар сеоҳаи сеюм ё давраи аввали пас аз таваллуд инкишоф меёбанд, дар онҳо холелитиаз дар 65-100% ҳолатҳо

сабаби асли ас, гарчанде ки машрубот, гипертриглицеридемия ва дигар омилҳо дар ин ҷода низ метавонанд нақш бозанд. Ташхиси панкреатитҳои шадид дар занони ҳомила меъёрҳои мушаххас надорад, аз ин рӯ тавсия дода мешавад, ки консенсус ва меъёрҳои аз ҷониби умум қабулшуда, ба монанди ҷадвалҳои Рэнсон ва Балтазар, ки барои ба таври объективӣ арзёбии шиддати беморӣ ва тактикаи мувофиқи табобат мусоидат мекунад, истифода шаванд [51]. Табобати панкреатитҳои шадиди сафро дар занони ҳомиладор аз давраи ҳомилагӣ вобаста аст: дар семоҳаи аввал табобати консервативӣ барои кам кардани омилҳо, ки метавонад ба ҳомила таъсир расонад, афзалтар аст; дар семоҳаи дуюм холесистэктомияи лапароскопӣ имконпазир аст, ки манбаи беморию (сангҳои меъдари) бо хатари ҳадди ақал барои модар ва ҳомила нест мекунад; дар семоҳаи сеюм усули асосӣ табобати консервативӣ ё холангиографияи эндоскопӣ бо сфинктеротомияи эндоскопӣ боқӣ монанд, ки имкон медиҳад сангҳоро аз роҳи умумии сафро хориҷ кунад. Инчунин, дар ҳолати зарурӣ дар давраи аввали баъди таваллуд анҷом додани холесистэктомияи лапароскопӣ имконпазир аст [52].

Ба шарофати пешрафтҳои эндоскопии ташхис ва табобат бо истифода аз усулҳои эндоскопӣ, натиҷаҳои панкреатити шадид, панкреатити музмин дар занони ҳомила ба таври назаррас беҳтар шуда, аоризро коҳиш медиҳад ва барои модарон ва раванди ҳомилагӣ усули интихобӣ ба шумор меравад.

РӢҲАТИ АДАБИЁТ / СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. Акушерство: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 1200. Aylamazyan E.K., Kulakov V.I.,

Radzinskiy V.Ye. Akusherstvo: Natsional'noye rukovodstvo [Midwifery: National Guide]. Moskva: GEOTAR-Media; 2013: 1200.

2. Хворостухина Н.Ф. Острый панкреатит беременных. Клиническая медицина. 2015; 93(2): 61-66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26117921>. Khvorostukhina N.F. Ostryy pankreatit beremennykh [Acute pancreatitis in pregnant women]. Klinicheskaya meditsina. 2015; 93(2): 61-66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26117921>.

3. Еремина Е.Ю., Козлова Л.С. Панкреатит у беременных. Медицинский алфавит. 2018; 1(7): 26-33. Yeremina Ye.YU., Kozlova L.S. Pankreatit u beremennykh [Pancreatitis in pregnant women]. Meditsinskiy alfavit. 2018; 1(7): 26-33.

4. Маринкин И.О. Панкреатит у беременных: Тактика введения пациенток. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016; 9(133): 91-99. Marinkin I.O. Pankreatit u beremennykh: Taktika vvedeniya patsiyentok [Pancreatitis in pregnant women: Management tactics for patients]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroente-rologiya. 2016; 9(133): 91-99.

5. Гулов М.К., Рузбойзода К.Р., Носиров Э.Ш., Али-Заде С.Г. Диагностика и тактика лечения острого панкреатита. Здравоохранение Таджикистана. 2023; 3 (358): 29-34. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2023-358-3-29-34>. Gulov M.K., Ruziboyzoda K.R., Nosirov E.SH., Ali-Zade S.G. Diagnostika i taktika lecheniya ostrogo pankreatita [Diagnosis and treatment tactics of acute pancreatitis. Healthcare of Tajikistan]. Zdravookhraneniye Tadjikistana. 2023; 3 (358): 29-34. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2023-358-3-29-34>

6. Windsor J.A., Yadav D., Petrov M.S. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016; 1: 45-

55. doi: 10.1016/S2468-1253(16)30004-8
7. Iannuzzi J.P., King J.A., Leong J.H., Quan J. Global Incidence of Acute Pancreatitis Is Increasing Over Time: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2022; 162(10): 122-134. doi: 10.1053/j.gastro.2021.09.043.
8. Abdullah B. Severe acute pancreatitis in pregnancy // *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015; 239068. doi: 10.1155/2015/239068
9. Cain M. A. Gallstone and severe hypertriglyceride-induced pancreatitis in pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2015; 70(9): 577-583. doi: 10.1097/OGX.0000000000000216.
10. Dufour M. C. The epidemiology of alcohol-induced pancreatitis. *Pancreas*. 2003; 27: 286-290.
11. Gupta N. Severe hyper-triglyceridemia induced pancreatitis in pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014; 485493. doi: 10.1155/2014/485493.
12. He W., Wang G., Yu B., Xia L. Elevated hypertriglyceridemia and decreased gallstones in the etiological composition ratio of acute pancreatitis as affected by seasons and festivals: A two-center real-world study from China // *Front Cell. Infect. Microbiol.* 2022; 12: 976816. doi: 10.3389/fcimb.2022.976816
13. Маев И.В. Течение, диагностика и лечение острого панкреатита в период беременности. *Проблемы женского здоровья*. 2007; 2(4): 38-45. Mayev I.V. Tcheniye, diagnostika i lecheniye ostrogo pankreatita v period beremennosti [Course, diagnosis and treatment of acute pancreatitis during pregnancy]. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2007; 2(4): 38-45.
14. Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.Р. Диагностика и тактика лечения острого панкреатита. *Вестник Авиценны*. 2016; 2: 18-22. Kurbonov K.M., Makhmadov F.I., Nazirboyev K.R. Diagnostika i taktika lecheniya ostrogo pankreatita [Diagnosis and treatment tactics of acute pancreatitis]. *Vesnik Avitsenny*. 2016; 2: 18-22.
15. Назаров Ш.К. Диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита. *Здравоохранение Таджикистана*. 2018; 4: 206-210. Nazarov S.H.K. Diagnostika i lecheniye ostrogo destruktivnogo pankreatita [Diagnosis and treatment of acute destructive pancreatitis]. *Zdravookhraneniye Tadjhikistana*. 2018; 4: 206-210.
16. Назаров Ш.К. Современные принципы диагностики острого деструктивного панкреатита. *Здравоохранение Таджикистана*. 2022; 4: 112-122. Nazarov S.H.K. Sovremennyye printsipy diagnostiki ostrogo destruktivnogo pankreatita [Modern principles of diagnosis of acute destructive pancreatitis]. *Zdravookhraneniye Tadjhikistana*. 2022; 4: 112-122.
17. Кубышкин В.А., Затевахин И.И., Багненко С.Ф. Острый панкреатит. Клинические рекомендации. Российское общество хирургов. Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Москва, 2019: 30. Kubyshekin V.A., Zatevakhin I.I., Bagnenko S.F. Ostryy pankreatit. Klinicheskiye rekomendatsii. Rossiyskoye obshchestvo khirurgov [Acute pancreatitis. Clinical recommendations. Russian Society of Surgeons]. *Assotsiatsiya gepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG*. Moskva, 2019: 30.
18. Гуликян Г.Н. Острый панкреатит в хирургической патологии. *Московский хирургический журнал*. 2022; 2: 20-27. Gulikyan G.N. Ostryy pankreatit v khirurgicheskoy patologii [Acute pancreatitis in surgical pathology]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal*. 2022; 2: 20-27.
19. Otsuka Y., Kamata K., Minaga K., Watanabe T., Kudo M. Pancreatic colonization of fungi in the development of severe acute pancreatitis. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2022; 12: 940532. doi: 10.3389/fcimb.2022.940532.
20. Samal S. Misdiagnosis of Abdominal Pain in Pregnancy [Text] // *Acute Pancreatitis*. *J. Clin.*

- Diagn. Res. 2015; 9(1): QD05–QD06. doi: 10.7860/JCDR/2015/9003.5389.
21. Jacob J. J. Does hyperparathyroidism cause pancreatitis? A South Indian experience and a review of published work. ANZ J. Surg. 2006; 76: 740–744.
 22. Али-Заде С.Г. Уровень иммуноглобулина TIM-3 в сыворотке крови при остром панкреатите в ранней стадии. Новости хирургии. 2020; 28(1): 24-29. <http://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.1.24>. Ali-Zade S.G. Uroven' immunoglobulina TIM-3 v syvorotke krovi pri ostrom pankreatite v ranney stadii [Level of immunoglobulin TIM-3 in blood serum in acute pancreatitis at an early stage]. Novosti khirurgii. 2020; 28(1): 24-29. <http://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.1.24>.
 23. Али-Заде С.Г. Комплексная диагностика и методы лечения синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с острым панкреатитом. Вестник Авиценны. 2019; 1: 17-23. Ali-Zade S.G. Kompleksnaya diagnostika i metody lecheniya sindroma enter-al'noy nedostatochnosti u patsiyentov s os-trym pankreatitom [Complex diagnosis and treatment methods for enteral insufficiency syndrome in patients with acute pancreatitis]. Vestnik Avitsenny. 2019; 1: 17-23.
 24. Махмадов Ф.И., Махмадеров Х.Ш., Мирбегиев Дж. Улучшение результатов лечения острого билиарного панкреатита. Здравоохранение Таджикистана. 2018; 4: 26-30. Makhmadov F.I., Makhmaderov KH.SH., Mirbegiyev Dzh. Uluchsheniye rezul'tatov lecheniya ostrogo billiarnogo pankreatita [Improving the results of treatment of acute biliary pancreatitis]. Zdravookhraneniye Tadzhi-kistana. 2018; 4: 26-30.
 25. Зубрицкий В.Ф., Забелин М.В. Клинико - лабораторные параллели в оценке степени тяжести острого панкреатита. Медицинский вестник МВД. 2018; 6(97): 22–29. Zubritskiy V.F., Zabelin M.V. Kliniko - laboratornyye paralleli v otsenke stepeni tyazhesti ostrogo pankreatita [Clinical and laboratory parallels in assessing the severity of acute pancreatitis]. Meditsinskiy vestnik MVD. 2018; 6(97): 22–29.
 26. Клинические рекомендации. Острый панкреатит. 2020: 38. Klinicheskiye re-komendatsii. Ostryy pankreatit [Clinical rec-ommendations. Acute pancreatitis]. 2020: 38.
 27. Куликов Д.В., Корольков А.Ю. Нерешенные вопросы лечения острого деструктивного панкреатита. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2019; 12(2): 134–140. <https://doi.org/10.18499/2070-478X-2019-12-2-134-140>. Ku-likov D.V., Korol'kov A.YU. Nereshen-nyye voprosy lecheniya ostrogo destruktivnogo pankreatita [Unresolved issues in the treatment of acute destructive pancreatitis]. Vestnik eksperimen-tal'noy i klinicheskoy khirurgii. 2019; 12(2): 134–140. <https://doi.org/10.18499/2070-478X-2019-12-2-134-140>.
 28. Pitchumoni C.S. Acute pancreatitis in preg-nancy. World J. Gastroenterol. 2009; 15(45): 5641–5646. doi: 10.3748/wjg.15.5641
 29. Crockett S.D., Wani S., Gardner T.B., Falck-Ytter Y., Barkun A.N., American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Com-mittee. American Gastroenterological Associ-ation Institute Guideline on Initial Manage-ment of Acute Pancreatitis. Gastroenterology. 2018; 154: 1096– 1101. doi: 10.1053/j.gas-tro.2018.01.
 30. Ducarme G. Acute pancreatitis during preg-nancy a review. J Perinatol. 2014; 34(2): 87–94. doi: 10.1038/jp.2013.161.
 31. Hoffmeister, A. English language version of the S3-consensus guidelines on chronic pancreatitis: Definition, aetiology, diagnostic examinations, medical, endoscopic and sur-

- gical management of chronic pancreatitis. *Gastroenterol.* 2015; 53(12): 1447–1495. doi:10.1055/s-0041-107379.
32. Кокаулина Л.Н. Раннее прогнозирование тяжести острого панкреатита с помощью использования классификации Balhazar в ультразвуковой диагностике. Медицина, социология, философия. 2021; 4: 9-12. Kokaulina L.N. Raneye prognozirovaniye tyazhesti ostrogo pankreatita s pomoshch'yu ispol'zovaniya klassifikatsii Balhazar v ul'trazvukovoy diagnostike [Early prediction of the severity of acute pancreatitis using the Balhazar classification in ultrasound diagnostics]. *Medsina, sotsiologiya, filosofiya.* 2021; 4: 9-12.
33. Hong W., Lillemoe K.D., Pan S., Zimmer V., Kontopantelis E., Stock S., Zippi M., Wang C., Zhou M. Development and validation of a risk prediction score for severe acute pancreatitis. *J. Transl. Med.* 2019; 17: 146. doi: 10.1186/s12967-019-1903-6/
34. Sternby H., Bolado F., Canaval-Zuleta H.J., Marra-López C., Hernando-Alonso A.I., Del-Val-Antoñana A., García-Rayado G., Rivera-Irigoin R., Grau-García F.J., Oms L., Millastre-Bocos J., Pascual-Moreno I., Martínez-Ares D., Rodríguez-Oballe J.A., López-Serrano A., Ruiz-Rebollo M.L., Viejo-Almanzor A., González-de-la-Higuera B., Orive-Calzada A., Gómez-Anta I., Pamies-Guilabert J., Fernández-Gutiérrez-Del-Álamo F., Iranzo- González-Cruz I., Pérez-Muñante M. E., Esteba M.D., Pardillos-Tomé A., Zapater P., de-Madaria E. Determinants of Severity in Acute Pancreatitis: A Nation-wide Multicenter Prospective Cohort Study. *Ann Surg.* 2019; 270(2): 348-355. doi: 10.1097/SLA.0000000000002766.
35. Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Ализаде С.Г., Холматов П.К., Асадуллоева Э.И. Современные возможности диагностики и лечения острого некротического панкреатита. Проблемы гастроэнтерологии. 2023; 4: 18-28. Ayubov Dzh.K., Nazarov SH.K., Ali-Zade S.G., Kholmato P.K., Asadulloyeva E.I. Sovremennyye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya ostrogo nekroticheskogo pankreatita [Modern possibilities of diagnosis and treatment of acute necrotizing pancreatitis]. *Problemy gastroenterologii.* 2023; 4: 18-28.
36. Moon E.K. Challenges in interventional radiology: the pregnant patient. *Semin Intervent Radiol.* 2013; 30(4): 394–402. doi: 10.1055/s-0033-1359734.
37. Guo X., Li Y., Lin H., Cheng L., Huang W., Huang W., Mukherjee R., Halloran C., Beyer M., Stock S., Geng W., Bao X., Dong J., Pan J., A nomogram for clinical estimation of acute biliary pancreatitis risk among patients with symptomatic gallstones: A retrospective case-control study. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2022; 12: 935927. doi: 10.3389/fcimb.2022.935927
38. Janssen J. EUS accurately predicts the need for therapeutic ERCP in patients with a low probability of biliary obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2008; 68: 470–476.
38. Hong W., Zimmer V., Basharat Z., Zippi G., Sutton R. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs.* 2022; 82: 1251–1276. doi:10.1007/s40265-022-01766-4
39. Жданов А.В., Корымасов Е.А. Прогностическая значимость совокупности факторов риска развития острого панкреатита после транспапиллярных вмешательств. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2019; 12(4): 210–217. <https://doi.org/10.18499/2070-478X-2019-12-4-210-217>. Zhdanov A.V., Korymasov Ye.A. Prognosticheskaya znachimost' sovokupnosti faktorov riska razvitiya ostrogo pankreatita posle transpapillyarnykh vmeshatel'stv [Prognostic significance of a set of risk factors for the development of acute pancreatitis after transpapillary interventions]. *Vestnik eksperimental'noy i*

- klinicheskoy khirurgii. 2019; 12(4): 210–217. <https://doi.org/10.18499/2070-478X-2019-12-4-210-217>
40. Ramin K.D. Disease of the gallbladder and pancreas in pregnancy. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 2001; 28(3): 571–580. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11512501>.
41. Saldivar-Rodríguez D. Acute pancreatitis in pregnancy. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2016; 84(2): 79–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27290834>.
42. Wu P, Li L, Sun W. Efficacy Comparisons of Enteral Nutrition and Parenteral Nutrition in Patients with Severe Acute Pancreatitis: A Meta-Analysis from Randomized Controlled Trials. *BioSci. Rep.* 2018; 38: BSR20181515. doi: 10.1042/BSR20181515.
43. Wu X.M., Ji K.Q., Wang H.Y., Li G.F., Zang B., Chen W.M. Total Enteral Nutrition in Prevention of Pancreatic Necrotic Infection in Severe Acute Pancreatitis. *Pancreas.* 2010; 39: 248–251. doi: 10.1097/MPA.0b013e3181bd6370.
44. Fostier R, Arvanitakis M, Gkolfakis P. Nutrition in acute pancreatitis: when, what and how. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2022; 25(5): 325–328. doi: 10.1097/MCO.0000000000000851.
45. Schepers N.J., Bakker O.J., Besselink M.G., Bollen T.L., Dijkgraaf M.G., van Eijck C.H., Dutch Pancreatitis Study Group. Early biliary decompression versus conservative treatment in acute biliary pancreatitis (APEC trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016; 17: 1–10. doi: 10.1186/s13063-015-1132-0.
46. Гулов М.К., Рузибойзода К.Р., Носиров Э.Ш., Али-заде С.Г. Персонифицированный подход в хирургическом лечении острого панкреатита. Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2024; 1 (19): 28–33. <https://doi.org/10.25881/2072-8255-2023-19-1-28>. Gulov M.K., Ruziboyzoda K.R., Nosirov E.SH., Ali-zade S.G. Personifitsirovannyu podkhod v khirurgicheskom lechenii ostrogo pankreatita [Personalized approach to surgical treatment of acute pancreatitis]. *Vestnik natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova.* 2024; 1 (19): 28–33. <https://doi.org/10.25881/2072-8255-2023-19-1-28>.
47. Грекова Н.М., Шишменцев Н.Б., Наймушина Ю.В. Острый панкреатит: современные концепции хирургического лечения. Новости хирургии. 2020; 28(2): 197–206. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.2.197>. Grekova N.M., Shishmentsev N.B., Naymushina YU.V. Ostryy pankreatit: sovremennyye kontseptsii khirurgicheskogo lecheniya [Acute pancreatitis: modern concepts of surgical treatment]. *Novosti khirurgii.* 2020; 28(2): 197–206. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2020.2.197>
48. Lee J. Efficacy and safety of pancreatobiliary endoscopic procedures during pregnancy. *Gut Liver.* 2015; 9(5): 672–678. doi: 10.5009/gnl14217.
49. Uchikura T, Watanabe T, Sasaki T. Failure of liposomal amphotericin B therapy in patients with severe pancreatitis complicated by *Candida lusitanae* infection // *Journal of Infection and Chemotherapy.* 2023; 9(2): 208–211. doi:10.1016/j.jiac.2022.10.011.
50. Gardner T. B, Adler D. G., Forsmark C. E., Sauer B. G., Taylor J. R., Whitcomb D. C. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115(3): 322–339. doi: 10.14309/ajg.0000000000000535.
51. Yang Q.Y, Hu J.W. Prediction of moderately severe and severe acute pancreatitis in pregnancy: Several issues. *World J Gastroenterol.* 2022; 28(33): 4926–4928. doi: 10.3748/wjg.v28.i33.4926.
52. Johnson A. Significantly elevated serum lipase in pregnancy with nausea and vomiting: acute pancreatitis or hyperemesis gravidarum? *Case Rep // Obstet Gynecol.* 2015; 2015: 359239. doi: 10.1155/2015/359239.

МАБЛАҒГУЗОРӢ

Дастгирии молиявӣ набуд.

ИХТИЛОФИ МАНФИАТҲО

Муаллифон дар бораи набудани ихтилофи манфиатҳо маълумот медиҳанд.

МАЪЛУМОТ ДАР БОРАИ МУАЛЛИФОН:

***Назаров Шоҳин Қувватович** – доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон.

E-mail: shohin67@mail.ru

https://orcid.org/0000-0003-2099-2353

Шербеков Улуғбек Аҳрорович – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи ҷарроҳии умумии Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд, Самарқанд, Ўзбекистон.

E-mail: ulasher67@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-5082-9966

Али-Заде Сухроб Гаффарович – номзоди илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон.

E-mail: suhrob_a@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2456-7509

Асадуллоева Эркамо Иброҳимовна – унвонҷуи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Ворисов Алишод Алимардонович – номзоди илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Аюбов Ҷамшед Косимович – унвонҷуи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Додихудоев Раҳматулло Аламшоевич – унвонҷуи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Шарифов Сунатулло Аҳмадович – унвонҷуи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

***Суроға барои мукотиба.**

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Назаров Шохин Кувватович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

E-mail: shohin67@mail.ru

https://orcid.org/0000-0003-2099-2353

Шербеков Улугбек Ахрорович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей хирургии, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан.

E-mail: ulasher67@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-5082-9966

Али-Заде Сухроб Гаффарович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

E-mail: suhrob_a@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2456-7509

Асадуллоева Эркамо Иброхимовна – соискатель кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Ворисов Алишод Алимардонович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Аюбов Джамшед Косимович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Додихудоев Рахматулло Аламшоевич – соискатель кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Шарифов Сунатулло Ахмадович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

***Автор для корреспонденции.**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

***Nazarov Shohin Kuvvatovich** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: shohin67@mail.ru

https://orcid.org/0000-0003-2099-2353

Sherbekov Ulugbek Ahrorovich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of General Surgery, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

E-mail: ulasher67@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-5082-9966

Ali-Zade Suhrob Gaffarovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: suhrob_a@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2456-7509

Asadulloeva Erkamo Ibrokhimovna – applicant, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

Vorisov Alishod Alimardonovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

Ayubov Jamshed Kosimovich – applicant for a degree, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

Dodikhudoev Rakhmatullo Alamshoevich – applicant for a degree, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

Sharifov Sunatullo Akhmadovich – applicant for a degree, Department of Surgical Diseases N1 named after academician K.M. Kurbonov State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

***Author for correspondence.**