



УДК 618.3 : 616.366/.37 – 002

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

**А.Т. ЕГОРОВА  
Д.А. МОИСЕЕНКО  
Е.Ю. КИСЕЛЕВА  
Н.В. БАРАНЮК**

*ГБОУ ВПО «Красноярский  
медицинский университет»  
имени профессора  
В.Ф. Войно-Ясенецкого*

*e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru*

В статье представлен анализ течения заболеваний панкреатобилиарной системы у беременных. Основную группу составили 95 беременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы, группу сравнения составила 71 женщина репродуктивного возраста находящаяся на лечении в хирургическом стационаре с заболеваниями панкреатобилиарной системы. При анализе развития клинической картины заболеваний установлено, что ведущей причиной развития заболеваний явилась погрешность в диете. В анализе периферической крови, у беременных значительно чаще выявлен нейтрофильный лейкоцитоз, гипермилаземия. Проведение ФГДС является ценным диагностическим методом в любом сроке беременности, т.к. позволяет диагностировать сопутствующую патологию ЖКТ у беременных.

Ключевые слова: беременность, диагностика, острый панкреатит, острый холецистит.

Экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном течения беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде. Раннее выявление экстрагенитальной патологии принципиально важно для профилактики акушерских осложнений у женщин и перинатальной патологии у новорожденных.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости панкреатобилиарной системы среди взрослого населения, в том числе и среди беременных [2, 4].

Основными причинами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности у женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы являются: несвоевременная диагностика заболевания, недооценка тяжести состояния при постановке диагноза и недостаточная информированность специалистов об особенностях течения заболеваний панкреатобилиарной системы у беременных [6, 7, 8].

**Материалы и методы.** Течение заболеваний панкреатобилиарной системы было изучено у – 166 беременных женщин. Основную группу составляли 95 беременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы. Из общего количества беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы 64 женщины были отнесены в первую подгруппу с острым панкреатитом и холецистопанкреатитом. Во вторую подгруппу отнесена 31 беременная женщина с острым холециститом. Группу сравнения составили 71 женщина репродуктивного возраста находящаяся на лечении в хирургическом стационаре с заболеваниями панкреатобилиарной системы. Из группы сравнения 40 женщин отнесены в первую группу с острым панкреатитом и холецистопанкреатитом, а во вторую – 31 женщина репродуктивного возраста с острым холециститом.

Исследование одобрено на заседании локального этического комитета Красноярского государственного медицинского университета. Протокол обследования соответствовал этическим стандартам и был разрешен комитетом по биомедицике КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. Всеми женщинами подписывалось информационное согласие.

Диагноз устанавливался на основании комплексного анализа данных анамнеза, физикального обследования, результатов лабораторного (биохимический и развернутый анализы крови, общий анализ мочи) и методов инструментального исследования (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС).

Описательная статистика результатов исследования представлена для относительных величин в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для абсолютных – в виде средних арифметических (M) и стандартного отклонения (σ). В случае отсутствия нормального распределения признаков, в описательной статистике использовались медиана (Me) и перцентили (P<sub>25</sub>, P<sub>75</sub>). Значения средних величин отображались, в этом случае, как Me (P<sub>25</sub>; P<sub>75</sub>). Проверка нормальности распределения признаков в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова.



Значимость различий относительных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия Пирсона  $\chi^2$  с поправкой на непрерывность. При наличии статистически значимой разницы между исследуемыми группами, производили попарное сравнение групп по данному критерию. При частоте встречаемости признака 5 и менее для сравнения данных использовался точный критерий Фишера.

Оценку статистической значимости различий при исследовании количественных показателей производили при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Для оценки значимости статистических различий между исследуемыми группами при отсутствии нормального распределения признаков, подтвержденного по методу Колмогорова-Смирнова, проводили попарное тестирование групп по критерию Манна-Уитни. Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный анализ анамнеза заболевания выявил, что появление жалоб беременные связывают с приемом жирной пищи в 44,2%(42) случаев, тогда как в группе сравнения жалобы после приема жирной пищи появились у женщин в 60,6%(43) случаев ( $p < 0,01$ ). С приемом алкоголя связывали появление жалоб беременные в 5,3%(5) случаев из основной группы и в 5,6%(4) случаев из группы сравнения.

У беременных женщин основной группы заболевания панкреатобилиарной системы диагностированы в 11,6%(11) случаев в I триместре, во II триместре – в 42,1%(40) и в III триместре – в 46,3%(44) случаев. При анализе подгруппы беременных женщин с острым панкреатитом выявлено, что в I триместре острый панкреатит диагностирован в 14%(9) случаев, во II триместре – в 39%(25), и в III триместре – в 46,9%(30) случаев. Следовательно, острый панкреатит чаще встречался в третьем триместре беременности.

Все беременные основной группы в 100%(95) случаев госпитализировались в хирургический стационар в экстренном порядке. И в 5,3%(5) случаев были доставлены санитарной авиацией из районов края в тяжелом состоянии, из них в 100%(5) случаев диагностирован острый панкреатит. В группе беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы в 10,5%(10) случаев общее состояние беременных расценено как тяжелое. Из числа женщин, поступивших в тяжелом состоянии, в 70%(7) случаев беременные с острым панкреатитом находились в III триместре беременности, во II триместре – в 20%(2), и в первом триместре беременности случаев тяжелого течения острого панкреатита не наблюдалось. В группе сравнения в тяжелом состоянии при поступлении в хирургический стационар находились женщины в 1,4%(1) случаев. Таким образом, беременные женщины с заболеваниями панкреатобилиарной системы достоверно чаще поступали в более тяжелом состоянии ( $p < 0,001$ ).

За медицинской помощью беременные с заболеваниями панкреатобилиарной системы обращались в 1-е сутки заболевания в 44,2% (42) случаев, на 2-е и 3-и сутки в 48,4%(46), и на 4-6-е сутки – в 7,3%(7) случаев. При анализе группы беременных с острым панкреатитом выявлено, что госпитализация в 1-е сутки отмечена в 23,4%(15), на 2-е из-и сутки – 15,6%(10) случаев, и в 10,9%(7) случаев имела место поздняя госпитализация беременных в тяжелом состоянии. Позднюю госпитализацию можно объяснить недооценкой тяжести своего состояния беременной женщиной в связи с тем, что жалобы появились после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем. Из числа обратившихся за медицинской помощью на 3-и сутки заболевания – 4 беременные были доставлены в стационар санитарной авиацией из районов края с тяжелым течением острого панкреатита после алкоголизации в течение 4-х и более дней.

В 12,6%(12) случаев в основной группе имело место повторное обращение беременной в стационар (при первичном обращении беременные отказались от госпитализации после кратковременного улучшения общего состояния на фоне оказанной медицинской помощи), из них в 8,3%(1) случаев наступила антенатальная гибель плода в сроке 36 недель гестации. Таким образом, мы имеем высокий процент отказа беременных от госпитализации в стационар.

При поступлении в стационар беременные основной группы предъявляли жалобы на боли в животе в 89,5%(85) случаев, тогда как все женщины группы сравнения в 100%(71) случаев отмечали боли в животе. Следовательно, беременные достоверно реже отмечали боли в животе, чем женщины группы сравнения ( $p < 0,001$ ).

Боли в эпигастрии беспокоили беременных в 60%(57) случаев. В группе сравнения жалобы на боли в эпигастрии отмечались у женщин в 67,6%(48) случаев. Опоясывающие боли беспокоили беременных в 3,2%(3) случаев, тогда как в группе сравнения – в 8,5%(6) случаев. Боли в левом подреберье отмечались у беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы в 16,8%(16) случаев и в правом – 50,5%(48) случаев. В группе сравнения боли в левом подреберье беспокоили женщин в 11,3%(8) случаев, и в правом подреберье – в 54,9%(39) случаев. Анализ локализации болевого синдрома не выявил статистически значимых отличий в исследуемых группах.



Проведен анализ жалоб, предъявляемых беременными с острым панкреатитом в первом триместре беременности. Все беременные с острым панкреатитом в первом триместре в 100%(7) случаев предъявляли жалобы на боли в эпигастрии. Боли в левом подреберье беспокоили беременных в I триместре в 42,8%(3) случаев, в правом подреберье и мезогастррии боли беспокоили беременных в 14,3%(1) случаев.

Во втором триместре беременности беременные с острым панкреатитом предъявляли жалобы на боли в эпигастрии в 70,4%(19) случаев, боли в мезогастррии – в 3,7%(1) случаев. Боли в левом подреберье беспокоили беременных во II триместре беременности в 29,6%(8) случаев, в правом подреберье – в 55,5%(15).

В третьем триместре беременности беременные с острым панкреатитом (30) предъявляли жалобы на боли в эпигастрии в 83,3%(25) случаев. Боли в левом подреберье беспокоили беременных данной группы в 13,3%(4) случаев, и в правом – в 23,3%(7) случаев (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение жалоб беременных с острым панкреатитом по триместрам беременности**

Локализация боли	I триместр n = 7 (P1)		II триместр n = 27(P2)		III триместр n=30 (P3)		p по хи-квадрат
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
В эпигастрии	7	100	19	70,4	25	83,3	p>0,05
В мезогастррии	1	14,3	1	3,7	0	0	p <sub>1,3</sub> <0,05
В правом подреберье	1	14,3	15	55,5	7	23,3	p <sub>1,2</sub> <0,001, p <sub>2,3</sub> <0,02
В левом подреберье	3	42,8	8	29,6	4	13,3	p <sub>1,3</sub> <0,05

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что боли в правом подреберье достоверно чаще беспокоили беременных с острым панкреатитом во втором триместре беременности – в 55,5%(15) случаев (p<0,001). В третьем триместре беременные с острым панкреатитом предъявляли жалобы на боли в эпигастрии в 83,3%(25) случаев.

Жалобы на тошноту и рвоту отмечены в 92,6%(88) случаев в основной группе и в 97,2%(69) – в группе сравнения. Диспепсический синдром не имел статистически значимых отличий в основной группе и группе сравнения (табл. 2).

Таблица 2

**Частота основных жалоб беременных и небеременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы при поступлении в хирургический стационар**

Жалобы	Основная группа n-95				Группа сравнения n-71				p по хи-квадрат
	I группа n-64(P1)		II группа n-31(P2)		I группа n-40(P3)		II группа n-31(P4)		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Боль в животе	59	92,2	26	83,8	40	100	31	100	p>0,05
Боль в эпигастрии	37	57,8	20	64,5	38	92,7	12	40	p <sub>1,3</sub> <0,001
Опоясывающая боль	6	9,4	0	0	0	0	5	16,6	p <sub>1,3</sub> <0,001 p <sub>2,4</sub> <0,02
Боль в правом подреберье	24	37,5	24	77,4	12	29,3	28	93,3	p>0,05
Боль в левом подреберье	16	25	0	0	16	39,0	2	6,6	p>0,05
Тошнота	59	92,2	3	9,7	39	95,1	29	96,6	p <sub>2,4</sub> <0,001
Рвота	45	70,3	21	67,7	29	70,7	21	70	p>0,05
Горечь во рту	4	6,3	8	25,8	3	7,3	0	0	p <sub>2,4</sub> <0,001
диарея	3	4,7	0	0	2	4,8	0	0	p>0,05
Слабость	21	32,8	15	48,4	13	31,7	4	13,3	p <sub>2,4</sub> <0,001

Проведенный анализ данных объективного статуса показал, что у беременных женщин достоверно реже отмечались боли в эпигастрии при остром панкреатите – в 57,8%(37) случаев, чем у небеременных женщин репродуктивного возраста с острым панкреатитом – 92,7%(38)



случаев ( $p < 0,001$ ). Опооясывающие боли достоверно чаще отмечались у беременных с острым панкреатитом (в 9,4%(6) случаев), чем женщин группы сравнения ( $p < 0,001$ ). Тошнота встречалась практически с одинаковой частотой у беременных и небеременных женщин с острым панкреатитом. Горечь во рту и слабость достоверно чаще отмечались у беременных с острым холециститом – в 25,8%(8) случаев, чем небеременных с острым холециститом ( $p < 0,001$ ).

Проведя оценку объективного статуса беременных женщин с острым панкреатитом, мы выявили, что с гипертермией 37,5-38,0°C они поступали в стационар в 35,9%(23) случаев. В группе сравнения женщины с острым панкреатитом поступали в стационар с гипертермией в 20%(8) случаев, что достоверно меньше, чем в группе беременных с острым панкреатитом ( $p < 0,05$ ).

Тахикардия отмечалась у беременных с острым панкреатитом в 57,8%(37) случаев, и в 74,2%(23) случаев в группе беременных с острым холециститом. В группе сравнения тахикардия отмечалась среди женщин с острым панкреатитом в 17,5%(7) случаев и среди женщин с острым холециститом – в 45,2%(14) случаев. Выявлены статистически значимые отличия в группе беременных и небеременных женщин с острым панкреатитом. Тахикардия достоверно чаще отмечалась у беременных с острым панкреатитом, чем у небеременных женщин с острым панкреатитом ( $p < 0,001$ ).

Результаты лабораторного исследования крови беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы имели следующие результаты: лейкоцитоз крови отмечался у женщин основной группы в 56,8%(54) случаях, в группе сравнения в – 36,2%(25) случаев ( $p < 0,001$ ). Необходимо отметить, что лейкоцитоз крови был незначителен –  $12 \pm 2,17 \cdot 10^9$  в группе беременных с панкреатитом и  $12 \pm 1,6 \cdot 10^9$  в группе беременных с острым холециститом.

В основной группе зарегистрировано повышение амилазы крови в 62,4%(58) случаев, и в группе сравнения амилаза крови повышалась в 37,6%(35) случаев. Следовательно, амилаза крови достоверно чаще повышалась у беременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы, чем в группе сравнения ( $p < 0,001$ ).

Повышение диастазы мочи у беременных основной группы отмечено в 65,7%(23) случаев. В группе сравнения повышение диастазы мочи отмечалось в 42,3%(11) случаев. Выявлено статистически значимое превосходство случаев повышения диастазы мочи в группе беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы над группой сравнения ( $p < 0,001$ ).

Повышение уровня сахара крови отмечено у беременных основной группы в 23,2%(22) случаев. Среднее значение сахара крови беременных с повышенным уровнем сахара составило  $6,49 \pm 0,81$  ммоль/л. В группе сравнения повышение уровня сахара отмечалось в 35,2%(25) случаев. Среднее значение уровня повышенного сахара крови женщин группы сравнения составляло  $7,48 \pm 1,34$  ммоль/л. Из полученных данных следует, что уровень сахара крови достоверно чаще повышался у женщин группы сравнения ( $p < 0,05$ ). В уровне повышения сахара крови статистически значимых отличий не выявлено ( $p > 0,05$ ). Распределение изменений показателей крови по подгруппам у женщин исследуемых групп представлено в табл. 3.

Таблица 3

**Результаты лабораторного обследования беременных и небеременных женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы при поступлении в хирургический стационар**

Изменения лабораторных показателей крови	Основная группа n-95				Группа сравнения n-71				p по хи-квадрат
	I подгруппа n=64(P1)		II подгруппа n=31(P2)		I подгруппа n=40(P3)		II подгруппа n=31(P4)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Лейкоцитоз крови	39	60,9	13	41,9	17	41,5	8	26,6	$p_{1,3} < 0,05$
Повышенный билирубин крови	9	14,1	5	16,1	7	17,1	6	20	$p > 0,05$
гиперамилаземия	27	42,2	8	25,8	20	48,8	3	10	$p > 0,05$
гипердиастазурия	13 n=21	61,9	9 n=14	64,3	10n=19	52,6	1 n=6	16,6	$p > 0,05$
гипергликоземия	16 n=21	76,2	6 n=24	25	17 n=38	44,7	8 n=27	29,6	$p_{1,2} < 0,05$ $p_{1,3} < 0,05$ $p_{1,4} < 0,05$

Проведенный анализ данных лабораторного обследования женщин исследуемых групп выявил более выраженный лейкоцитоз в крови беременных с острым панкреатитом, чем у не-



беременных женщин с острым панкреатитом. У беременных женщин с острым панкреатитом лейкоцитоз крови встречался достоверно чаще ( $p < 0,05$ ). В биохимических показателях крови исследуемых нами групп выявлено достоверно большее число случаев повышенного уровня сахара в группе сравнения, чем в основной группе ( $p < 0,05$ ). При межгрупповом анализе статистически значимых отличий в показателях биохимии крови не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости выявило патологию у беременных в 90,5%(86) случаев, тогда как в группе сравнения патология была выявлена у женщин в 95,7%(68) случаев ( $p > 0,05$ ). Признаки протоковых изменений печени выявлены в основной группе в 49,5%(47) случаев. В группе сравнения протоковые изменения печени выявлены в 28,2%(20) случаев. Следовательно, протоковые изменения печени достоверно чаще диагностировались в основной группе, чем в группе сравнения ( $p < 0,001$ ).

Камни желчного пузыря выявлены при проведении УЗИ в основной группе в 50,5%(48) случаев, и в группе сравнения – в 40,8%(29) случаев. Ультразвуковые признаки диффузного увеличения поджелудочной железы определялись у женщин основной группы в 41,0%(39) случаев, тогда как в группе сравнения – в 60,6%(43) случаев. При анализе выявлено, что диффузное увеличение поджелудочной железы достоверно чаще диагностировалось в группе сравнения, чем в основной группе ( $p < 0,01$ ).

Ультразвуковые признаки острого холецистита выявлены у беременных основной группы в 12,6%(12) случаев, в группе сравнения – в 12,7%(9) случаев ( $p > 0,05$ ). Хронический калькулезный холецистит выявлен в основной группе в 5,3%(5) случаев. Подтвержден блок ЖП на 2-е сутки госпитализации при проведении ультразвукового обследования у женщин основной группы в 5,3%(5) случаев. Ультразвуковые признаки панкреатита определялись у беременных основной группы в 5,3%(5) случаев и в 3,0%(2) случаев у женщин из группы сравнения ( $p > 0,05$ ). Диффузное увеличение печени выявлено при проведении ультразвуковой диагностики у беременных основной группы в 28,4%(28) случаев. В группе сравнения увеличение печени выявлено в 32,4%(23) случаев ( $p > 0,05$ ). Следовательно, при анализе диагностической значимости УЗИ установлено, что выявление камней ЖП, признаков холецистита и признаков панкреатита не имеет достоверных отличий в исследуемых группах, т.е. ультразвуковое исследование имеет диагностическую ценность в выявлении заболеваний панкреатобилиарной системы как у небеременных женщин, так и у беременных (табл. 4).

Таблица 4

**Заболевания желудочно-кишечного тракта беременных и небеременных женщин, выявленные при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости**

Признаки патологических изменений ЖКТ по данным УЗИ	Основная группа n-95(P1)		Группа сравнения n-71(P2)		p по хи-квадрат
	Абс.	%	Абс.	%	
Протоковые изменения печени	47	54,6	20	29,4	$p_{1,2} < 0,001$
Диффузное увеличение поджелудочной железы	38	44,2	43	63,2	$p_{1,2} < 0,001$
Камни желчного пузыря	48	55,8	29	42,6	$p > 0,05$
УЗ признаки панкреатита	5	5,8	2	2,9	$p > 0,05$
Диффузное увеличение печени	28	32,5	23	33,8	$p > 0,05$

Из полученных данных следует, что при проведении ультразвуковой диагностики протоковые изменения печени достоверно чаще определялись в основной группе – 49,5%, чем в группе сравнения – 28,2% ( $p < 0,001$ ). Диффузное увеличение поджелудочной железы достоверно чаще диагностировалось при проведении УЗИ в группе сравнения – 60,6%, чем в основной группе – 40,4% ( $p < 0,001$ ).

С диагностической целью женщинам основной группы и группы сравнения, находящимся в хирургическом стационаре, проводилось фиброгастроэноскопическое исследование. Женщинам основной группы ФГДС исследование было выполнено в 44,2%(42) случаев. ФГДС была выполнена беременным с острым панкреатитом в 61,9%(26) случаев и в 38,1%(16) случаев – беременным с острым холециститом. В группе сравнения это исследование было проведено женщинам в 73,2%(52) случаев. Анализ распределения женщин, которым выполнена ФГДС, по триместрам беременности, выявил, что в первом триместре это исследование выполнено в 11,9%(5) случаев, во втором – в 50%(21), и в третьем – 38,1%(16) случаев. Следовательно, ФГДС достоверно чаще выполнялась беременным во втором и третьем триместре, чем в первом триместре беременности ( $p < 0,01$ ).

При проведении ФГДС среди женщин исследуемых групп основными клиническими признаками явились: недостаточность кардии, диффузный и атрофический гастриты (табл. 5).



Таблица 5

**Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта беременных и небеременных женщин, выявленных при фиброгастродуоденоскопии в исследуемых группах**

Признаки патологических изменений ЖКТ по данным ФГДС	Основная группа n-95				Группа сравнения n-71				p по хи-квадрат
	I подгруппа n-64(P1)		II подгруппа n-31(P2)		I подгруппа n-40(P3)		II подгруппа n-31(P4)		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Недостаточность кардии	11	42,3	9	56,6	17	56,6	8	36,4	p>0,05
Диффузный гастрит	15	57,7	12	75	18	60	11	50	p>0,05
Атрофический гастрит	4	15,4	2	12,5	13	43,3	11	50	p <sub>1,3</sub> <0,001 p <sub>4,2</sub> <0,001
Проведено ФГДС (всего)	26	40,6	16	51,6	30	73,2	22	73,3	p <sub>1,3</sub> <0,001

Сравнительные данные проведения ФГДС в исследуемых группах имеют достоверные различия. Проведение ФГДС достоверно реже проводится беременным с заболеваниями панкреатобилиарной системы, чем небеременным с заболеваниями панкреатобилиарной системы (p<0,001), что как следствие и является причиной более низкой выявляемости сопутствующей патологии ЖКТ. Атрофический гастрит достоверно чаще диагностировали в группе сравнения (p<0,001). По данным [1], указывает на то, что беременным необходимо проводить ФГДС только в первой половине беременности и крайне редко. Однако мы получили данные о том, что ФГДС является ценным диагностическим методом в любом сроке беременности.

По данным [3, 5], панкреатит существенно не влияет на течение второй половины беременности и на ее исход, а при отсутствии признаков выраженного обострения не нарушает фетоплацентарного гомеостаза. Тем не менее, результаты проведенного исследования показывают, что женщины, страдающие хроническим панкреатитом и другими заболеваниями ЖКТ, должны с первых недель беременности находиться под тщательным наблюдением специалистов (акушера-гинеколога, терапевта, гастроэнтеролога) с проведением мероприятий, направленных на предотвращение развития возможных обострений или осложнений заболевания.

### Литература

1. Акушерство: национальное руководство по акушерству и гинекологии / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Еремина, Е.Ю. Заболевания органов пищеварительной системы у беременных / Е.Ю. Еремина // Мед. альманах. – 2010. – № 1. – С. 89-95.
3. Острый панкреатит у беременных. / Shou-JiangTang, RodriguezE., SinghS., et al. // Клиническая гастроэнтерология и гепатология (русское издание). – 2011. – № 4. – С. 207-212.
4. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А. С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин, Д.А. Благовестнов // Хирургия. журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 5. – С. 4-8.
5. Поражения поджелудочной железы во время беременности / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Е.И. Овлащенко, С.В. Петухова // Consilium Medicum. – 2010. – № 1. – С. 1114-1121.
6. Принципы консервативного лечения острого холецистита на ранних стадиях заболевания / Ю.С. Винник, Д.В. Черданцев, О.В. Первова и др. – Красноярск: НКГ, 2008. – 49 с.
7. Трудности в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита во время беременности и в послеродовом периоде / С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, А.В. Леднева и др. // Мед. альманах. – 2010. – № 1. – С. 96-98.
8. Acute pancreatitis and cholecystitis associated with postpartum HELLP syndrome: a case and review / S. Hojo, K. Tsukimori, M. Hanaoka et al. // Hypertens. Pregnancy. – 2007. – Vol. 26, – № 1. – P. 23-29.



## COMPARATIVE ANALYSIS OF PANCREATICOBILIARY DISEASES OF PREGNANT WOMEN

**A.T. EGOROVA**  
**D.A. MAISEENKO**  
**E.Yu. HISELEVA**  
**N.V. BARANYUK**

*Krasnoyarsk State Medical  
University named after prof.  
V.F. Voyno-Yasenetsk*

*The chair of obstetrics and gynecology  
of the institute of postgraduate education  
SBEI HPO*

*e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru*

The paper presents the analysis of pancreaticobiliary diseases of pregnant women. The study group consisted of 95 pregnant women with pancreaticobiliary diseases, control group consisted of 71 women of reproductive age with pancreaticobiliary diseases received medical treatment in surgical hospital. It was revealed that the main course of diseases is default of diet. Neutrocytosis, hyperamylasemia were revealed in peripheral blood of pregnant women. Fiberoptic gastroduodenoscopy is diagnostic method for any gestational age because of we can diagnose comorbidity of GIT in pregnant women.

Key words: pregnancy, diagnostics, acute pancreatitis, acute cholecystitis.