

УДК: 618.3 : 616.3

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

А. Т. Егорова, доктор медицинских наук,

Д. А. Маисеенко\*, кандидат медицинских наук,

Н. В. Баранюк

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

**Ключевые слова:** беременность, осложнения, заболевания панкреатобилиарной системы, холецистит, панкреатит, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [dmitrij.maiseenko@pochta.ru](mailto:dmitrij.maiseenko@pochta.ru)

По мере прогрессирования беременности у женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы тяжесть состояния усугубляется, как правило, вследствие создающейся нагрузки на органы пищеварительной системы (панкреатобилиарной системы) и нарастанием внутрибрюшного давления.

Цель исследования – оценить особенности течения беременности у женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы.

Обследовано 95 беременных г. Красноярска, из которых 64 – с острым панкреатитом, 31 – с острым холециститом. Группу сравнения составили 94 женщины без заболеваний панкреатобилиарной системы. Результаты представлены для относительных величин в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для абсолютных – в виде средних арифметических (M) и стандартного отклонения ( $\sigma$ ). В случае отсутствия нормального распределения признаков использовались медиана (Me) и перцентили ( $P_{25}$ ,  $P_{75}$ ). Нормальность распределения признаков проверялась по критерию Колмогорова – Смирнова. Значимость различий относительных показателей оценивали при помощи непараметрического критерия Пирсона  $\chi^2$  с поправкой на непрерывность. При наличии статистически значимой разницы производили попарное сравнение групп. При частоте встречаемости признака 5 и менее использовался точный критерий Фишера. Оценку статистической значимости различий количественных показателей производили при помощи t-критерия Стьюдента

для независимых выборок. При отсутствии нормального распределения признаков проводили попарное тестирование групп по критерию Манна – Уитни. Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

Установлено, что беременные основной группы имели статистически значимо более высокий процент ранней явки в женскую консультацию (73,1%), чем в контроле (59,6%) ( $p < 0,02$ ), но доля женщин из основной группы, которые вообще не наблюдались в женской консультации (6,4%), больше, чем в контроле (5,3%). После 12 недель беременности основной группы вставали на учет достоверно реже (20,6%), чем беременные контрольной группы (35,1%) ( $p < 0,01$ ).

Беременные с выраженной клинической картиной хирургической патологии чаще всего поступали в стационар в третьем семестре – в 46,4% случаев ( $31,63 \pm 3,31$  недели) и во втором триместре – в 42,1% случаев ( $21,07 \pm 2,81$  недели). В первом триместре в стационар поступили 11,6% ( $8,92 \pm 2,93$  недели). Статистически значимо большее число женщин с заболеваниями панкреатобилиарной системы поступает во втором и третьем триместре беременности ( $p < 0,001$ ).

Осложненное течение беременности в основной группе наблюдалось в 100% случаев, тогда как в контроле – в 87% ( $p < 0,01$ ).

У беременных основной группы с высокой частотой встречалась угроза прерывания беременности в первой половине – в 35% случаев (в контро-

A. T. Egorova, D. A. Maiseenko, N. V. Baranyuk

THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH CHRONIC DISEASES OF PANCREATOBILIARY ZONE

**Key words:** pregnancy, chronic diseases of pancreatobiliary zone.

ле – в 5,3%). Следовательно, угроза выкидыша в первой половине беременности статистически значимо чаще встречалась у беременных основной группы ( $p < 0,01$ ). Во второй половине беременности у женщин основной группы угроза прерывания беременности диагностирована в 67,3% случаев, в контроле – в 71,3% ( $p > 0,05$ ). Среди женщин основной группы токсикоз I половины беременности наблюдался в 12,3% случаев, а в контроле – в 34% случаев ( $p < 0,01$ ). Анемия в первой половине беременности отмечалась у женщин основной группы в 4,1% случаев, в контроле – в 8,5%. Статистически значимых различий в наличии анемии в первой половине беременности не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Течение заболеваний панкреатобилиарной системы во время беременности способствует формированию субкомпенсированных и декомпенсированных фаз плацентарной недостаточности, о чем свидетельствует высокая частота задержки внутриутробного роста плода. Она диагностирована у беременных основной группы в 31,7% случаев, а в контроле – в 3,2% ( $p < 0,001$ ). При межгрупповом сравнении по осложненному течению беременности получены статистически значимые различия: так, у женщин с острым панкреатитом наблюдалась задержка внутриутробного развития плода в 15,6% случаев, а у пациенток с острым холециститом – в 16,1%. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована у беременных основной группы в 50,7% случаев, а в контроле – в 28,7% случаев ( $p < 0,01$ ).

Многоводие отмечалось у женщин с холециститом в 6,4% случаев, а у пациенток с панкреатитом многоводие не выявлено ( $p < 0,001$ ). Маловодие имелось у 4,7% беременных с панкреатитом, а у беременных с холециститом оно не регистри-

ровано ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе маловодие встречалось в 3,2% случаев, многоводие – в 8,5%. Выявлены статистически значимые различия в количестве околоплодных вод в исследуемых группах ( $p < 0,001$ ).

Типичный вариант гестоза, характеризующийся триадой Цангеймстера, по данным разных авторов, встречается у 2–14% беременных. Значительно чаще (до 40%) гестоз развивается у женщин, страдающих различными соматическими заболеваниями. В нашем исследовании у женщин основной группы умеренная преэклампсия диагностирована в 62,1% случаев, в контроле – в 23,4% ( $p < 0,001$ ). Отдельные клинические проявления в виде отеков отмечались у 10% беременных с острым панкреатитом и у 26% женщин с острым холециститом.

В контрольной группе отеки отмечались у 16%, причем манифестация происходила в среднем на 36-й неделе беременности. Повышенное артериальное давление зарегистрировано у 6% женщин с острым панкреатитом и у 1% беременных с острым холециститом ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе повышенное артериальное давление отмечалось в 2% случаев.

Таким образом, обследование на этапе планирования беременности, включающее не только установление наличия заболеваний панкреатобилиарной системы, но и все связанные с ним нарушения в организме, позволяют заблаговременно предусмотреть и предупредить возможные осложнения во время беременности и в родах. Ведение беременных с заболеваниями панкреатобилиарной системы как на амбулаторном, так и на стационарном этапе должно быть организовано с точки зрения рациональной профилактики и мониторинга вышеуказанных осложнений.