

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БЕРЕМЕННЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Александра Львовна Коршунова, Евгений Владимирович Тимофеев

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

E-mail: darrieux@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: беременные; нутритивная поддержка; дискинезия желчного пузыря.

Введение. Функциональные расстройства билиарного тракта (синоним: дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди) с современной точки зрения представляют собой заболевания, обусловленные нарушениями моторики желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров, без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования) и повышением висцеральной чувствительности. Последние десятилетия произошло изменение возраста беременных женщин — уменьшение лиц младше 20 лет и увеличение лиц старше 30 лет. Количество сопутствующей патологии после 30 лет увеличивается и требует более тщательного подхода при ведении беременности. Обычно диспептические жалобы у беременных расцениваются как проявления токсикоза, при этом не проводятся ни обследования для уточнения причин тошноты и рвоты, ни коррекции диеты.

Цель исследования. Оценить вклад функциональных расстройств гепатобилиарной системы в формирование диспептических явлений у беременных и возможности нутритивной поддержки таких пациенток.

Материалы и методы. Анализ истории клинического наблюдения женщины с функциональным расстройством гепатобилиарной системы и трофологическими нарушениями, выявленными во время беременности.

Результаты. Пациентка, 34 года, вторая беременность (в анамнезе замершая беременность от 2018 года) с жалобами на тянущие боли в правом боку с 18-й недели беременности. При дополнительном расспросе отмечает тошноту, рвоту желчью, снижение аппетита, склонность к запорам. Сама пациентка расценивала жалобы как проявление токсикоза, за медицинской помощью не обращалась, специфической медикаментозной терапии не получала, коррекция питания не производилась. После погрешности в диете (жареные блины с красной икрой) появилась сильная многократная рвота желчью, в связи с чем пациентка самостоятельно обратилась за помощью к гастроэнтерологу для коррекции питания. Объективно пониженного питания, ИМТ 19,0 кг/м². Было проведено обследование: УЗИ органов брюшной полости с оценкой функции желчного пузыря, биохимический анализ крови, анализ кала.

Диагностирован гипокинетический тип дискинезии желчного пузыря, сладж, двукратное повышение аланинаминотрансферазы, общий белок на нижней границе нормы, повышение желчных кислот в полтора раза, стеаторея. Анализ крови на гастропанель выявил отклонения, возможно связанные с гипоацидностью, стрессом и приемом антацидов во время беременности — повышение гастрин-17 до 12 пмоль/л (референтные значения от 1 до 7 пмоль/л). Перед назначением диетотерапии была произведена оценка нутритивного статуса (биоимпедансометрия показала дефицит мышечной массы до 3,8 кг, избыток жиров в питании, базовый метаболизм снижен до 1190 ккал) и анализ пищевого дневника. Назначена урсодезоксихолиевая кислота в дозе 750 мг в сутки курсом 6 недель. Коррекция рациона питания включала в себя повышение суточной нормы белка до 1 г на 1 кг массы тела и ограничение по насыщенным жирам (полностью запрещены тугоплавкие жиры). Рекомендована дробность питания (каждые три часа), питьевой режим (подогретая до температуры тела вода в промежутках между приемами пищи), перекусы свежими фруктами и овощами.

Через 2 недели жалобы у пациентки полностью купированы, улучшился аппетит, нормализовался стул. Через 6 недель — физиологический по строку набор массы тела.

Обсуждение. Представлен типичный случай функционального расстройства билиарной системы, субкомпенсированного до беременности и декомпенсированного в I триместре

повторной беременности (предыдущая закончилась абортом по поводу замершей беременности). После проведенной диетотерапевтической коррекции в виде высокобелковой диеты с преимущественно легкоусвояемыми белками (исключены жирные сорта мяса, наваристые бульоны, печеночные паштеты и субпродукты, а также икра и другие консервированные изделия) и медикаментозной коррекцией функциональных расстройств билиарного тракта при помощи урсодезоксихолевой кислоты было достигнуто стойкое улучшение самочувствия пациентки, отсутствие снижения массы тела с постепенным набором в соответствии с нормами триместра, исчезновение желудочной диспепсии, уменьшение кишечной диспепсии в виде повышенной кишечной реактивности.

На момент повторного осмотра при оценке нутритивного статуса по данным биоимпедансометрии уменьшился мышечный дефицит на 1,5%, что связано, вероятно, с увеличением среднего количества шагов в сутки с 5000 до 9500.

Заключение. В настоящее время активно внедряются в сознание стандарты тела, соответствующие пограничным или даже заниженным показателям массы тела. Это в совокупности с большим средним возрастом беременных приводит к определенным осложнениям самой беременности, замедлению развития плода и сниженным антропометрическим характеристикам новорожденных, проблемам с грудным вскармливанием, долгому восстановлению женщины после беременности. Известно, что до наступления беременности индекс массы тела должен быть в пределах 20–25 кг/м², т.к. показано, что при снижении и повышении этого показателя повышается материнская и детская смертность. При ведении беременных с жалобами на недостаточную прибавку в массе тела, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, рвоту и тошноту необходима оценка нутритивного статуса женщины, анализ ее пищевого рациона, оценка функционального состояния желудочно-кишечного тракта и тонуса желчного пузыря. Кроме того, важно также отметить необходимость мультидисциплинарного подхода в ведении беременных женщин с первичными клиническими признаками токсикоза.