

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФНМФО

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТОШНОТОЙ И РВОТОЙ

д.м.н., профессор Чермных С.В.
д.м.н., профессор Железная А.А.
к.м.н., доцент Бабенко-Сорокопуд И.В.

Определение заболевания

Рвота беременных, возникающая более 2–3 раз сутки – осложнение преимущественно первой половины беременности, характеризующееся диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена в тяжелых случаях, снижающее качество жизни женщины

Чрезмерная рвота беременных – крайняя степень тошноты и рвоты беременных, характеризующаяся длительным течением, потерей массы тела более 5% исходной и сопровождающаяся выраженными электролитными нарушениями и обезвоживанием

Коды по МКБ-10

O21	Чрезмерная рвота беременных
O21.0	Рвота беременных легкая или умеренная: рвота беременных легкая или неуточненная, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности
O21.1	Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ (чрезмерная [тяжелая] рвота беременных, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности, с такими нарушениями обмена веществ, как: истощение запаса углеводов, дегидратация, нарушение водно-солевого равновесия)
O21.2	Поздняя рвота беременных (чрезмерная рвота, начавшаяся в сроки после 22 полных недель беременности)
O21.8	Другие формы рвоты, осложняющей беременность (осложняющая беременность рвота, обусловленная заболеваниями, классифицированными в других рубриках. При необходимости идентифицировать причину используют дополнительный код)
O21.9	Рвота беременных неуточненная

Теории механизма развития ранних ТОКСИКОЗОВ

- Рефлекторная
- Токсемическая
- Неврогенная
- Эндокринная, гормональная
- Аллергическая
- Иммунная
- Кортико-висцеральная
- Нейрогуморальная

Этиология и патогенез

- Дисфункция ЦНС, нарушение регуляции деятельности внутренних органов на фоне гормональной перестройки
- Преобладание процессов возбуждения в подкорковых структурах ЦНС, в ретикулярной формации и центрах регуляции продолговатого мозга, в которых располагаются рвотный, вазомоторный, дыхательный и слюноотделительные центры, а также ядра обонятельной системы мозга
- Гормональные изменения связаны с гиперпродукцией ХГЧ, повышением уровня эстрадиола
- Особенности деятельности ЖКТ (расслабление нижнего сфинктера пищевода, появление рефлюкс-эзофагита)
- Генетическая предрасположенность (полиморфизм/мутация генов *GDF15* и *IGFBP7*; дефицит карнитин-пальмитоилтрансферазы I в печени; мутация рецептора тиреотропина)
- Наличие инфекции *Helicobacter pylori*

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Эпидемиология

- Тошнота и рвота наблюдаются у 50–80% женщин с нормально протекающей беременностью, чаще натощак и по утрам, до 2–3 раз в сутки, общее состояние женщины при этом не ухудшается, медикаментозное лечение не требуется
- Чрезмерная рвота встречается у 0,3–3,6% беременных
- У 3% пациенток рвота может сохраняться и в III триместре беременности
- У 10% женщин с чрезмерной рвотой симптомы наблюдаются на протяжении всей беременности
- Частота рецидивов при чрезмерной рвоте в последующую беременность составляет 8–81%

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Факторы риска

- Увеличенная масса плаценты (многоплодная беременность, трофобластическая болезнь)
- Наследственность (генетическая предрасположенность)
- Мигрень
- Рвота в предыдущие беременности
- Дочери и сестры женщин, у которых была чрезмерная рвота, относятся к группе риска ее развития, а также те, которые вынашивают плод женского пола
- Гипертиреоз
- Психические расстройства
- СД
- Высокий или низкий ИМТ
- Плод женского пола
- *Helicobacter Pylori*

Клиническая классификация рвоты беременных

(Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)

Симптомы	Степень тяжести рвоты		
	Легкая	Умеренная	Тяжелая (чрезмерная)
частота рвоты в сутки	3-5 раз	6-10 раз	11-20 и более раз
общее состояние	удовлетворительное	удовлетворительное	средней тяжести/тяжелое
аппетит	снижен	значительно снижен	отсутствует
тошнота	умеренная	значительная	постоянная
саливация	умеренная	выраженная	густая, вязкая
частота пульса в минуту	80-90	90-100	свыше 100
систолическое АД	120-110 мм рт. ст.	110-100 мм рт.ст.	ниже 100 мм рт.ст.
снижение массы тела в неделю	1-3 кг (до 5 % исходной)	3-5 кг (1-1,5 кг/нед., 6-10 %)	свыше 5 кг (2-3 кг/нед., > 10 %)
поражение ЦНС	головная боль, головокружение, слабость (+)	головная боль, головокружение, слабость, сонливость, раздражительность (+)	бред, кома, эйфория (+++)
субфебрилитет	отсутствует	редко	часто (у 35-80%)
иктеричность склер и кожных покровов	отсутствует	у 5-7 % больных	у 20-30 % больных
гипербилирубинемия	отсутствует	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
гиперферментемия (АЛАТ, АСАТ)	-	++	до 300 ЕД/л
сухость кожи	+	++	+++
анемия	-	+	++
диурез	900-800 мл	800-700 мл	менее 700 мл
ацетонурия	+, ++	+, ++, +++ (у 20-50 %)	+++ , ++++ (у 70-100 %)

Осложнения при тошноте и рвоте

Материнские:

- Энцефалопатия Гайе–Вернике
- Тяжелые электролитные нарушения, в первую очередь – гипокалиемия
- Повторяющаяся неукротимая рвота может привести к желудочно-пищеводному рефлюксу, эзофагиту или гастриту
- Разрыв селезенки, пищевода, пневмоторакс при чрезмерной длительной рвоте
- Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом
- Депрессия и психические нарушения

Осложнения и прогноз со стороны плода:

- Большая частота рождения маловесных детей
- В тяжелых случаях возможны преждевременные роды, низкая оценка по шкале Апгар, если прибавка веса за беременность составляет менее 7 кг
- Редко – риск СД2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний

Первичная диагностика

При первом обращении беременной с жалобами на рвоту или тошноту, необходимо:

- Первоначально убедиться в том, что беременность действительно осложнилась тошнотой или рвотой беременной, к этой нозологической форме можно отнести только рвоту, развившуюся у беременной, начиная с первого триместра, при исключении других причин, приводящих к рвоте
- Чаще всего рвота начинается на 4-7 неделе и заканчивается до 20 недели беременности
- Обычно тошнота и рвота наблюдаются по утрам – «утренняя тошнота»
- Если рвота началась после 10 недель 6 дней, или если, несмотря на адекватную терапию, симптомы сохраняются, то это требует пристального изучения, так как в этих случаях рвота чаще обусловлена другими причинами
- Рвоту может провоцировать применение медикаментозных препаратов, из наиболее популярных можно отметить гестагены и препараты железа

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Диагностика

Жалобы и анамнез

- При рвоте беременных могут наблюдаться симптомы со стороны практически всех органов и систем
- Необходимо выяснить наследственность, паритет, наличие экстрагенитальных заболеваний
- Наличие тошноты и рвоты в предыдущие беременности
- Оценка тяжести по PUQE в баллах, тошнота, рвота, слюнотечение, потеря веса, неспособность переносить пищу и жидкость, влияние на качество жизни
- Наличие в анамнезе указаний на заболевания или симптомы, которые могут быть связаны с рвотой: боли в животе, симптомы со стороны мочевыделительной системы, инфекционное заболевание, использование медикаментов, хроническая инфекция *Helicobacter Pylori*

Физикальное обследование

- Температура
- Пульс
- Артериальное давление
- Сатурация кислорода
- Частота дыхания
- Осмотр живота
- Вес
- Признаки обезвоживания
- Признаки атрофии мышц
- Другие исследования, запланированные в истории

Шкала Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) index

В течение последних 24 часов, как долго вы чувствовали тошноту или боль в животе?	Не чувствовала совсем (1)	1 час или меньше (2)	2-3 часа (3)	4-6 часов (4)	Более чем 6 часов (5)
За последние 24 часа сколько раз вас вырвало?	7 и более (5)	5-6 (4)	3-4 (3)	1-2 (2)	Не было рвоты
В течение последних 24 часов, сколько раз были позывы, которые не привели к рвоте?	Не было (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	7 и более раз (5)

6 и менее – легкая рвота; 7-12 баллов – умеренная рвота; 13-15 баллов – тяжелая рвота

На основании оценки PUQE происходит дальнейшее оказание помощи, а также оценка состояния пациентки в динамике при проведении лечения

Диагностика

Лабораторные диагностические исследования

- При тошноте и легкой рвоте должны соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»
- При рвоте умеренной и тяжелой степени исследовать уровень общего и свободного (неконъюгированного) билирубина, печеночных ферментов (определение активности аспартатаминотрансферазы (АСАТ), аланинаминотрансферазы (АЛАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), активность амилазы, уровень мочевины в крови, электролитов (уровня калия, натрия, хлоридов, общего кальция в крови), определение соотношения белковых фракций методом электрофореза; КОС и газы крови (при чрезмерной рвоте)
- Обнаружение кетоновых тел в моче
- Определение антител у хеликобактер пилори (*Helicobacter Pylori*) в крови при чрезмерной и/или длительной рвоте, не поддающейся лечению

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Диагностика

- Суточный диурез, контроль гидробаланса (количества выпитой, введенной и выделенной) жидкости
- Рекомендовано при чрезмерной рвоте в критерии печеночной недостаточности включать повышение активности печеночных трансаминаз до 300 ЕД/л, которое встречается у 40% женщин
- Рекомендован ежедневный мониторинг электролитов (исследование уровня калия, натрия, хлоридов, общего кальция в крови), исследование уровня мочевины в крови при проведении инфузионной терапии для адекватной коррекции электролитных нарушений
- Полный анализ крови, гематокрит, мониторинг уровня глюкозы в крови

Инструментальные диагностические исследования

- Ультразвуковое сканирование:
 - подтвердить жизнеспособность маточной беременности,
 - исключить многоплодную беременность и трофобластическую болезнь
- Рекомендовано комплексное УЗИ органов брюшной полости, почек, а в некоторых случаях – МРТ органов брюшной полости и головного мозга (без введения контраста возможно во II и в III триместрах беременности)
- В тяжелых случаях (кровавая рвота или выраженные боли в эпигастрии) рекомендована ЭФГДС

Дифференциальная диагностика

Если рвота впервые началась при сроке беременности 10 нед 6 дней и более, то она вызвана другими причинами и требует дифференциальной диагностики

- Заболевания ЖКТ: гастрит, панкреатит, холецистит, гепатит, ЖКБ, рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь, аппендицит, энтерит, колит, кишечная непроходимость, диафрагмальная грыжа
- Заболевания почек и мочевыделительной системы: пиелонефрит, ХБП, МКБ
- Гинекологические заболевания: перекрут яичника, миома матки с дегенерацией, трофобластическая болезнь, внематочная беременность
- Эндокринные и метаболические заболевания: тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, порфирия
- Инфекционные заболевания: пищевая токсикоинфекция, вирусный гепатит
- Заболеваниями ЦНС: мигрень, опухоли, ОНМК, вестибулярные нарушения
- Осложнения беременности: острая жировая дистрофия печени, преэклампсия
- Другие состояния: отравления, интоксикации, непереносимость и побочные действия лекарств, психические нарушения

Организация оказания медицинской помощи

- Рекомендовано женщин с тошнотой, легкой и умеренной рвотой наблюдать и лечить амбулаторно
- Рекомендовано проведение лечения в дневном стационаре, когда амбулаторное лечение неэффективно и/или нет возможности перорального приема препаратов и достаточного количества жидкости

Показания к освобождению от работы по медицинским показаниям

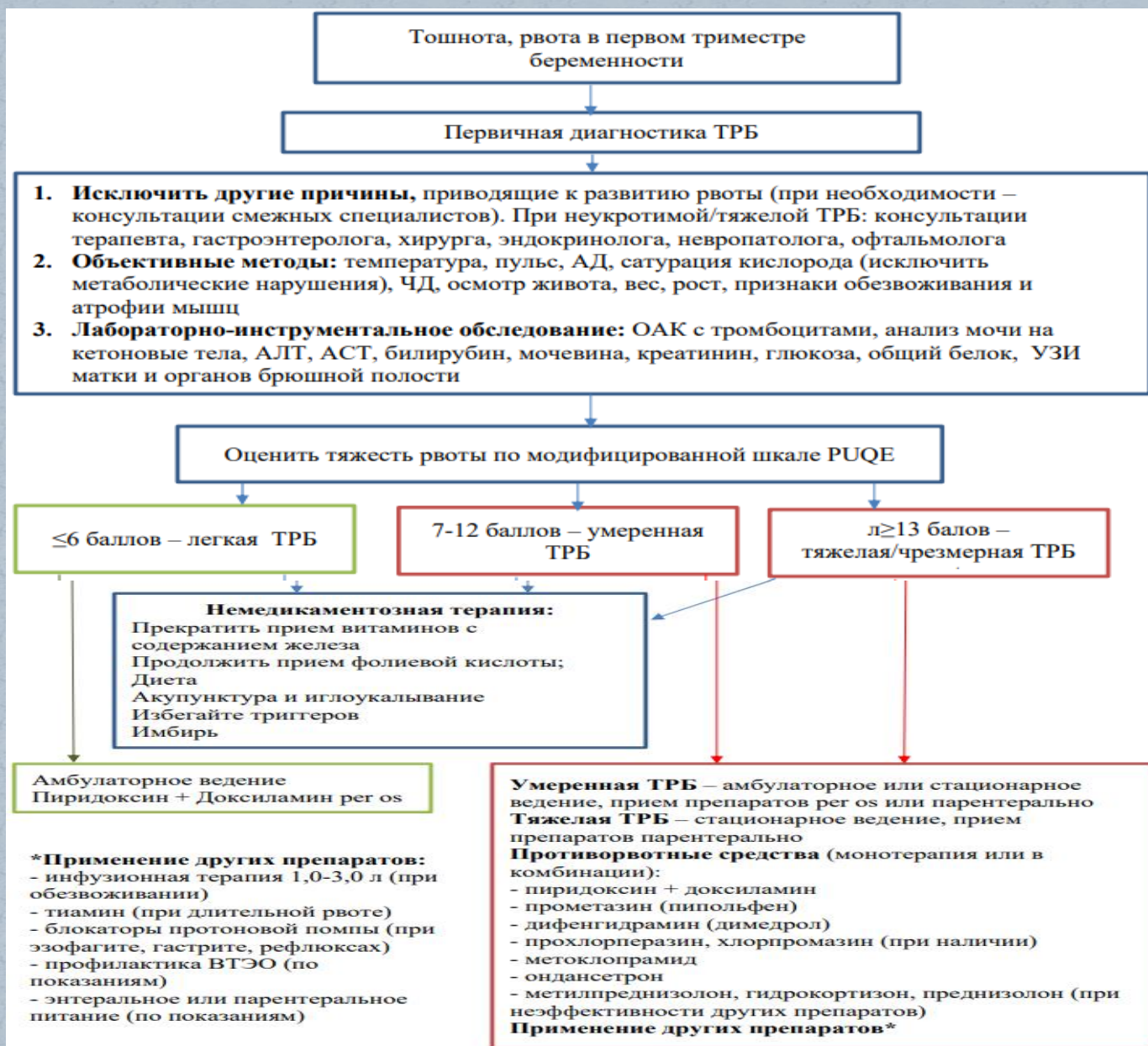
- Рвота беременных легкой степени
- Рвота беременных средней степени при отсутствии показаний для госпитализации

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Алгоритм ведения тошноты и рвоты беременных



Национальный
клинический
протокол
«Тошнота и
рвота
беременных»,
Ташкент-2021

Показания к госпитализации при рвоте беременных

- Продолжающиеся или рецидивирующие тошнота и рвота, не уменьшающиеся на фоне приема оральных противорвотных средств и/или невозможности их приема
- Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения и невозможность перорального приема жидкости
- Потеря массы тела более 5% исходной при продолжающейся рвоте и кетонурии
- Чрезмерная рвота беременных
- Средняя степень рвоты при следующих симптомах: тахикардия свыше 100 уд/мин, иктеричность кожи и склер, гипертермия, кетонурия, электролитные нарушения
- Рвота, продолжающаяся после 20 недель беременности
- Гепатоспленомегалия, болезненность в эпигастрии
- Сопутствующая патология (другие экстрагенитальные заболевания)

Консилиум

При неукротимой/тяжелой тошноте и рвоте беременных показаны:

- консультация **хирурга** с целью исключения осложнений язвенной болезни
- консультация **эндокринолога** с целью исключения гипертиреоза, диабетического кетоацидоза
- консультация **инфекциониста** с целью исключения инфекционного гастроэнтерита, вирусного гепатита
- консультация **невропатолога, офтальмолога** с целью исключения мигрени
- при нетяжелой тошноте и рвоте могут быть осуществлены консультации **терапевта, гастроэнтеролога** в целях исключения сопутствующей соматической патологии

Алгоритм терапевтического лечения тошноты и рвоты при беременности

Терапия первой линии: нефармакологические варианты
Превратить прием витаминов
Капсулы имбиря 250 мг четыре раза в день
Рассмотрите возможность точечного массажа Р6 с браслетами

Стойкие симптомы

Фармакологические варианты

Витамин В6 (пиридоксин) 10-25 мг перорально (принимается отдельно или в комбинации с доксиламином 12,5 мг перорально) 4 раза в день. Скорректируйте график и дозу в зависимости от тяжести симптомов пациента.

ИЛИ

Витамин В6 (пиридоксин) 10 мг / доксиламин 10 мг по 2 таблетки перорально перед сном первоначально, до четырех таблеток в день (одна таблетка утром, одна таблетка во второй половине дня и две таблетки перед сном)

ИЛИ

Комбинированный препарат витамина В6 (пиридоксин) 20 мг / доксиламин 20 мг по 1-й таблетке перорально перед сном, до 2-х таблеток в день (одна таблетка утром и одна таблетка перед сном)

Стойкие симптомы

Добавьте следующее:

(представлены здесь в алфавитном порядке)

Дифенгидрамин 25-50 мг перорально каждые 4-6 часов

ИЛИ

Прохлорперазин 25 мг каждые 12 часов ректально

ИЛИ

Прометазин 12,5-25 мг каждые 4-6 часов, перорально или ректально

Без обезвоживания

Стойкие симптомы

Добавьте любое из следующего:

(представлены здесь в алфавитном порядке)
Метоклопрамид 5-10 мг каждые 6-8 часов, перорально или внутримышечно.

ИЛИ

Ондансетрон 4 мг перорально каждые 8 часов

ИЛИ

Прометазин 12,5-25 мг каждые 4-6 часов, перорально, ректально или внутримышечно

Обезвоживание

Инфузионная терапия.

Добавьте любое из следующего:

(представлены здесь в алфавитном порядке)
Метоклопрамид 5-10 мг каждые 8 часов, в/в

ИЛИ

Ондансетрон 8 мг каждые 12 часов, в/в

ИЛИ

Прометазин 12,5-25 мг каждые 4-6 часов, в/в

Стойкие симптомы

Добавьте любое из следующего:

(представлены здесь в алфавитном порядке)

Хлорпромазин 25-50 мг в/в или в/м каждые 4-6 часов или 10-25 мг перорально каждые 4-6 часов.

ИЛИ

Метилпреднизолон 16 мг каждые 8 часов перорально или в/в в течение 3 дней. В течение 2 недель постепенно переходите к минимальной эффективной дозе. Если это полезно, ограничьте общую продолжительность использования до 6 недель.

- алгоритм предполагает, что другие причины тошноты и рвоты исключены
- на любом этапе рассмотрите возможность энтерального питания, если отмечается обезвоживание или стойкая потеря веса
- проявлять осторожность при одновременном применении нескольких противорвотных препаратов - параллельное использование некоторых лекарств может привести к повышенному риску побочных эффектов

*Национальный клинический протокол
«Тошнота и рвота беременных»,
Ташкент-2021*

Рекомендации врачу

- Биохимический тиреотоксикоз улучшает состояние при чрезмерной рвоте и лечение антитиреоидными препаратами нецелесообразно
- Женщинам, имеющим в анамнезе тошноту и рвоту следует избегать назначения железосодержащих препаратов, если они усугубляют симптомы
- Метоклопрамид является безопасным и эффективным, но из-за риска экстрапирамидных эффектов следует использовать в качестве второй линии терапии
- Кортикостероиды должны применяться в случае, когда неэффективны стандартные методы лечения
- Ингибиторы протонного насоса, могут быть использованы для женщин с желудочно-пищеводным рефлюксом, эзофагитом или гастритом
- Тиамин добавки (орально или внутривенно) следует применять у всех беременных, при длительной рвоте, особенно перед введением декстрозы или при проведении парентерального питания
- Беременным с чрезмерной рвотой должны быть предложены низкомолекулярные гепарины, если нет особых противопоказаний, таких как активное кровотечение Тромбопрофилактика может быть прекращена после выписки

Рекомендации врачу

- Физиологический раствор с дополнительным хлорида калия в каждом флаконе, под контролем ежедневного мониторинга электролитов, является наиболее подходящим для внутривенной инфузионной терапии
- Инфузия декстрозы/глюкозы не должна использоваться, если сывороточные уровни натрия не являются нормальными и инфузия должна сопровождаться введением тиамина
- Мочевина и уровни электролитов плазмы должны ежедневно проверять у женщин, требующих внутривенного введения жидкости
- Для женщин с тошнотой и рвотой, может потребоваться помощь других специалистов, таких как, диетологов, фармацевтов, эндокринологов, гастроэнтерологов, хирургов, психологов, психиатров
- Когда все другие медицинские методы лечения потерпели неудачу следует рассматривать энтеральное или парентеральное лечение

Рекомендации врачу

- раннее консультирование по вопросам питания и образа жизни, профилактики
- начинать медикаментозное лечение рвоты беременных с монотерапии – препаратами, безопасными для матери и плода при беременности, с доказанной эффективностью и отсутствием или с минимальными побочными эффектами
- в случае неэффективности монотерапии при лечении рвоты беременных применение комбинации препаратов из разных фармакологических групп и разных путей введения
- при длительной и/или тяжелой рвоте сочетание различных путей введения препаратов: парентеральное, энтеральное или ректальное
- контроль метаболического и электролитного баланса при применении парентерального и энтерального питания
- беременным с рвотой тяжелой степени психотерапевтическая помощь, в том числе гипноз

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Показания для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии

- постоянная рвота и непереносимость любых жидкостей
- изменение показателей жизненных функций
- изменение психического статуса
- потеря веса
- неэффективность ранее проводимого лечения

Показания для прерывания беременности – сочетание 2 или более симптомов

- Непрекращающаяся рвота в течение 3 дней в условиях лечения ОРВИ
- Снижение диуреза до 300 мл в сутки
- Прогрессирующая ацетонурия в течение 3–4 дней
- Прогрессирующее снижение массы тела
- Выраженная тахикардия (100–120 в минуту)
- Нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория)
- Желтушное окрашивание склер и кожи
- Изменение КОС, гипербилирубинемия (до 100 мкмоль/л)

Все лечебные мероприятия должны были испробованы, прежде чем предлагать прекращение желанной беременности

Показания к выписке из стационара и дальнейшее наблюдение

- Положительная динамика общего состояния, прекращение и/или уменьшение частоты тошноты и рвоты, нормализация лабораторных параметров
- После выписки рекомендуется продолжить прием противорвотных средств
- При сохранении симптомов в конце II и в III триместра показано проведение мониторинга роста плода
- При рецидиве симптомов возможно лечение в условиях дневного стационара
- Женщины с тошнотой и рвотой при выписке из больницы должны иметь индивидуальные рекомендации дальнейшего ведения
- Женщине с тяжелой рвотой, симптомы которой продолжались до конца второго или третьего триместра, должна проводится серийная ультразвуковая биометрия плода
- Раннее использование рекомендаций по питанию и образу жизни и противорвотных средств, могут снизить риск тошноты/рвоты и чрезмерной рвоты беременности

Профилактика и диспансерное наблюдение

- Рекомендовано планирование беременности, предгравидарное обследование и подготовка
- Своевременное лечение гинекологических и экстрагенитальных заболеваний
- Прием поливитаминных комплексов минимум за 1 месяц до планируемой беременности
- Соблюдение режима дня, достаточное количество отдыха, избегать резких запахов, перегрева, влажности, резкого света, шума
- Применять психологическую поддержку и психотерапевтическую помощь
- Женщин, перенесших рвоту во время беременности, информировать о том, что существует риск рецидива в последующем

Клинические рекомендации

ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

«Чрезмерная рвота беременных», проект

Выводы

- тошнота и рвота беременных влияет на течение беременности и качество жизни женщины
- рвота беременных характеризуется полиэтиологичностью
- беременным с тошнотой и рвотой, в зависимости от тяжести состояния, показано амбулаторное или стационарное лечение
- госпитализация в зависимости от тяжести состояния пациентки в профильное отделение (ОПБ или ОРИТ)
- к лечению женщин с тошнотой и рвотой беременных необходим персонифицированный подход
- при выписке из больницы - индивидуальные рекомендации врача по дальнейшему ведению

**Благодарим за
внимание!**

