

DOI: 10.33454/1728-1261-2023-3-25-33
УДК 618.3-008.6

Чрезмерная рвота беременных: диагностика, лечение, профилактика осложнений

Г. В. Чижова, Н. Ю. Витько, Е. Л. Сухоносова, Н. В. Канаева

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Excessive vomiting of pregnant women: diagnosis, treatment, prevention of complications

G. V. Chizhova, N. Yu. Vitko, E. L. Sukhonosova, N. V. Kanayeva

Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Г. В. Чижова – ORCID: 0000-0003-1070-4944; e-mail: galchi60@gmail.com
Н. Ю. Витько – ORCID: 0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru
Е. Л. Сухоносова – ORCID: 0009-0003-3595-0700; e-mail: suhonosova.ekaterina@mail.ru
Н. В. Канаева – ORCID: 0000-0001-6560-2350; e-mail: dmitriy.dyu.96@gmail.com

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

G. V. Chizhova – ORCID: 0000-0003-1070-4944; e-mail: galchi60@gmail.com
N. Yu. Vitko – ORCID: 0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru
E. L. Sukhonosova – ORCID: 0009-0003-3595-0700; e-mail: suhonosova.ekaterina@mail.ru
N. V. Kanayeva – ORCID: 0000-0001-6560-2350; e-mail: dmitriy.dyu.96@gmail.com

Резюме

Статья посвящена одной из актуальных проблем современного акушерства – раннему токсикозу и его особо тяжелой форме, в частности чрезмерной рвоте беременных, и направлена на диагностику и лечение, а также на профилактику ее осложнений.

Ключевые слова: чрезмерная рвота беременных, энцефалопатия Вернике, острый жировой гепатоз, степень тяжести рвоты, диагностика токсикоза, немедикаментозная терапия рвоты, медикаментозное лечение рвоты

Abstract

The article is devoted to one of the urgent problems of modern obstetrics - early toxicosis and its especially severe form, in particular, excessive vomiting of pregnant women, and is aimed at diagnosing and treating, as well as preventing its complications.

Keywords: excessive vomiting of pregnant women, Wernicke's encephalopathy, acute fatty liver, severity of vomiting, diagnosis of toxicosis, non-drug therapy of vomiting, drug treatment of vomiting

Рвота беременных может сопровождаться угрозой прерывания беременности (отслойкой хориона или плаценты, повышенным риском преждевременных родов), развитием у беременной таких осложнений, как разрыв пищевода, энцефалопатией Вернике, ОЖГ (острым жировым гепатозом) [1, 2].

Патологические процессы, которые приводят к развитию токсикоза, влекут за собой нарушения всех видов обмена, что негативно сказывается и на здоровье плода. Это риск задержки роста плода и рождения маловесных детей, повышение частоты встречаемо-

сти врожденных пороков развития (ВПР) плода за счет нарушения всасывания и метаболизма витаминов и микроэлементов [3]. По данным литературы, снижение чувствительности к инсулину и увеличение исходных уровней кортизола у детей, рожденных от матерей с рвотой беременных тяжелой степени, может быть причиной развития у них сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний в более зрелом возрасте [2, 4].

Сложным вопросом остается лечение токсикоза первой половины беременности. На сегодняшний день в Российской Федерации нет

утвержденных клинических рекомендаций или нормативных документов по ведению пациентов с данной патологией [1]. Ориентиром могут служить зарубежные гайдлайны, однако их использование порой затруднительно, так как не все лекарственные препараты зарегистрированы на территории РФ или не имеют в своих инструкциях указание на использование их при беременности [5].

Таким образом, проблема чрезмерной рвоты беременных (ЧРБ) является исключительно актуальной, в ней много нерешенных вопросов как научного, так и практического плана, требующих на более высоком технологическом и методологическом уровнях исследовать эту проблему с уточнением причин и механизмов патогенеза развития акушерских и перинатальных нарушений [1, 5].

Тошноту и рвоту испытывают от 59 до 90 % беременных [1]. Большую частоту встречаемости данного состояния можно объяснить как эволюционно выработанный механизм, направленный на нивелирование влияния потенциально опасных пищевых веществ на человеческий организм, что особенно важно в период гестации. Однако иногда этот адаптивно-протективный механизм дает сбой и становится причиной развития осложнений [2].

Чрезмерная или неукротимая рвота беременных (*hyperemesis gravidarum*) – осложнение, которое, как правило, проявляется в первой половине беременности и характеризуется тяжелой многократной персистирующей рвотой с потерей 5 % и более массы тела, электролитов, кетонурией, дегидратацией и последующим дефицитом минералов и витаминов, с развитием нарушений всех видов обмена [1, 6]. Присоединение в этих случаях гипокалиемического алкалоза, гипомagneмии и гиперферментемии требует стационарного лечения и интенсивной терапии при неудовлетворительных перинатальных исходах. Согласно данным литературы, чрезмерная рвота беременных наблюдается у 0,2–3,6 % беременных [1, 5].

Несмотря на многочисленные исследования, в литературе отсутствуют систематизированные представления об этиологии и патогенезе развития токсикоза беременных [1].

Одной из ведущих теорий в развитии рвоты у беременных считается **нейрогенная**, при которой происходит нарушение согласованности работы внутренних органов и ЦНС с доминированием возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (центр регуляции продолговатого мозга, ретикулярной формации), связанной с аномальными импульсами

из матки у беременных. На данных участках имеются хеморецепторная триггерная зона и центр рвоты, которые регулируют рвотный акт, дыхательный, вазомоторный и слюноотделительный центры и обонятельные ядра системы мозга. Возможно, близкое расстояние данных центров и определяет предшествующие рвотному акту симптомы тошноты и другие сопровождающие вегетативные нарушения (усиление слюноотечения, учащение дыхания, тахикардия, бледность кожных покровов вследствие спазма периферических сосудов) [7]. Однако данная теория не согласуется с тем, что с прогрессированием срока беременности импульсы со стороны быстрорастущей беременной матки значительно увеличиваются, но РБ наблюдается у женщины только на ранних сроках беременности [8].

В литературе имеются весомые доказательства, что репродуктивные гормоны (ХГЧ, эстроген и прогестерон) могут быть прямо и косвенно ответственными за симптомы РБ (**эндокринная теория**). Наиболее причастным гормоном при патологии РБ и ЧРБ является хорионический гонадотропин человека (ХГЧ). Это в значительной степени основано на временной взаимосвязи между пиком РБ и пиком продукции ХГЧ, которые возникают одновременно с наиболее интенсивными симптомами на 9–12-й неделях беременности. Кроме того, уровень ХГЧ в норме или снижается аналогично разрешению симптомов ЧРБ. Некоторые исследователи установили, что тошнота и рвота часто усиливаются у беременных женщин с состояниями, связанными с повышенным уровнем ХГЧ, такими как многоплодные беременности, беременность плодом женского пола, синдром Дауна, трофобластическая болезнь [8].

Огромную роль в патогенезе раннего токсикоза играют **обменные нарушения**. При прогрессировании РБ постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела [7]. При голодании первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем активизируются катаболические реакции (увеличивается жировой и белковый обмен) [9]. На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания энергетические потребности организма матери удовлетворяются благодаря анаэробному распаду глюкозы и аминокислот. В этих условиях β-окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена – кетоновые тела (ацетон, аце-

тоуксусная и β -оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой.

Изменения в органах беременной первоначально имеют функциональный характер, а затем, по мере нарастания обезвоживания, усиления катаболических реакций, интоксикации недоокисленными продуктами, переходят в дистрофические процессы в печени, почках и других органах [1, 10].

О том, что **Helicobacter pylori** является возможной причиной возникновения РБ, говорится давно, так как *H. pylori* чаще встречается в желудке у женщин с ЧРБ [11]. Но инфекция не обязательно коррелирует с симптомами тошноты, рвоты или рефлюкса во время беременности. У большинства инфицированных женщин беременность может проходить бессимптомно, что можно объяснить тем, что серологическое тестирование на *H. pylori* не может различить активную инфекцию и перенесенную инфекцию, и активная инфекция в сравнении с перенесенной может вызывать различные симптомы. Соответственно, сообщения о том, что лечение и искоренение активной инфекции *H. pylori* может снизить РБ, нет [10, 11].

С точки зрения роли *H. pylori* в патогенезе ЧРБ, было высказано предположение, что она может усугублять вызванные гормонами изменения в нервной функции желудка, повышая риск того, что инфицированные женщины окажутся более уязвимыми к тошноте и рвоте. Скрининг на *H. pylori* можно рекомендовать проводить у пациенток с ЧРБ, особенно с длительным течением состояния, которое не поддается стандартному лечению и в тех случаях, когда РБ сохраняется во втором триместре беременности [3].

Имеются сведения о том, что причиной возникновения ЧРБ является **генетическая предрасположенность** [12]. Женщины, которые перенесли ЧРБ во время первой беременности, имеют значительный риск рецидива по сравнению с женщинами после физиологического течения предыдущей беременности [1].

Обнаружена связь между ЧРБ и **плацентарной дисфункцией** – преэклампсия и отслойка плаценты [13]. С другой стороны, ученые обнаружили положительную связь между ЧРБ и низкой массой плаценты. Основываясь на этих сообщениях, возможно, что изменения в характеристиках и функциях плаценты у пациентов с ЧРБ могут быть связаны с изменениями в выработке гормонов этим органом [8].

При ЧРБ был выявлен множественный **дефицит питательных веществ, микроэлементов, витаминов**, в частности недоста-

ток тиамина (витамин B_1). Прогрессирующая нехватка данного витамина может привести к синдрому, называемому энцефалопатией Вернике [14]. Пациенты могут иметь неврологические симптомы, варьирующие от летаргии и спутанности сознания до гипорефлексии, атаксии и глазодвигательных симптомов, включая нистагм и офтальмоплегия. Следует помнить, что оптимальная активность витамина B_1 достигается только в присутствии витаминов B_2 , B_6 и липоевой кислоты, которая обладает свойствами восстановителя.

К сожалению, на сегодняшний день ни одна теория не объясняет все случаи развития РБ. Но можно выделить так называемый «порочный круг» в патогенезе развития ЧРБ: тяжелые электролитные нарушения, неврологические расстройства и алкалоз с развитием гиперальдостеронизма, создающие специфический неврологический статус пациенток с РБ, для которого характерно сочетание периферических неврологических и психических нарушений, а в тяжелых случаях – демиелинизации центральных отделов головного мозга с развитием энцефалопатии Вернике.

Патогенез развития токсикоза беременности

Рвота приводит к развитию дегидратации, которая сопровождается уменьшением объема внеклеточной жидкости в плазме крови и увеличением концентрации калия и натрия. Снижение аппетита и тошнота нарушают режим питания беременной, что приводит к голоданию, при котором основным источником энергии становятся эндогенные жиры: повышается скорость липолиза с образованием большого количества свободных жирных кислот, развивается гипопротеинемия, накапливаются кетоновые тела. Развившийся кетоацидоз усиливает тошноту и рвоту, что усугубляет дегидратацию и нарушение электролитного баланса, приводя в итоге к развитию гипоксии тканей и органов [7].

Рвота беременных приводит к уменьшению поступления и усвоения витаминов и микроэлементов, а недостаток витаминов, особенно группы В, усугубляет состояние кетоацидоза, диспротеинемии и дислипидемии.

Факторы риска токсикоза первой половины беременности

С практической точки зрения важно выделять среди женщин, планирующих беременность и беременных, группы риска по развитию токсикоза [1, 8].

Все имеющиеся факторы риска можно условно разделить на несколько групп:

1. Данные анамнеза (до момента наступления беременности):

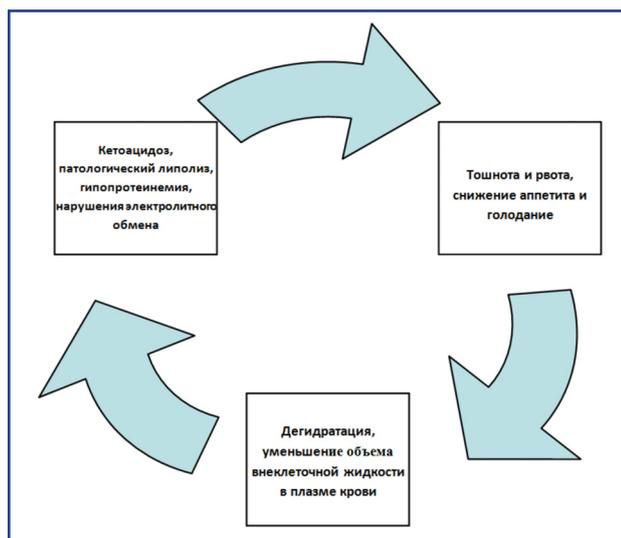


Рис. 1. Звенья патогенеза развития токсикоза беременности

- развитие тошноты и рвоты во время предыдущей беременности;
 - указание на наличие морской болезни (укачивание в транспорте);
 - возникновение тошноты и рвоты при головной боли, мигрени;
 - развитие тошноты при использовании ранее методов гормональной контрацепции;
 - развитие токсикоза у родственниц первой и второй линии родства.
2. Наличие сопутствующей соматической или эндокринной патологии:
- ожирение или недостаточная масса тела;
 - преддиабет, сахарный диабет;
 - гипертиреоз;
 - заболевания ЖКТ;
 - психиатрические заболевания.
3. Осложнения настоящей беременности:
- гестационный сахарный диабет;
 - молярная беременность.
4. Другие факторы риска:
- юный возраст беременной;

- первая беременность;
- женский пол будущего ребенка;
- многоплодная беременность;
- нарушения пищевого поведения, в том числе употребление в пищу трансжиров, употребление холодных напитков;
- недостаточная физическая активность.

Клиническое течение токсикоза первой половины беременности

Тошнота и рвота беременных являются наиболее частыми симптомами прогрессирующей беременности. Как правило, утреннее недомогание появляется на 4-й неделе беременности и исчезает (чаще самопроизвольно) на 12–16-й неделе, к моменту завершения процесса плацентации. При ведении таких беременных крайне важно определить тяжесть клинических проявлений токсикоза, от чего будет зависеть тактика ведения пациентки.

Согласно МКБ-10 рвота беременных соответствует шифру O21 и делится на следующие нозологии (табл. 1).

Таблица 1

Нозологии рвоты беременных

O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная	Рвота беременных легкая или умеренная, 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	

При легком течении рвоты беременных женщины отмечают снижение трудоспособности, развитие апатии и быстрой утомляемости. Приступы рвоты возникают до 4–5 раз в день, чаще всего в первой половине дня.

При средней степени тяжести рвота отмечается до 10 раз в сутки и более, беспокоит постоянное слюнотечение, выраженная слабость и апатия, склонность к запорам.

При тяжелом течении рвоты беременных приступы рвоты возникают до 20 раз в сутки и более, на фоне постоянной выраженной слабости и апатии беспокоят головокружение и головная боль, боли в правом подреберье и запоры.

Диагностика токсикоза первой половины беременности

Несмотря на отсутствие стандартных диагностических критериев, диагноз РБ и ЧРБ в большинстве случаев ставится на основании клинических проявлений, таких как тошнота, многократная рвота, период голодания (сопровождающийся кетонурией) и потеря массы тела $\geq 5\%$.

При развитии РБ и ЧРБ, помимо ухудшения состояния пациентки, возможно развитие симптомов дегидратации и нарушение всех видов обмена веществ. Поэтому для комплексной оценки степени тяжести и своевременной диагностики прогрессирования заболевания требуется оценка жалоб пациентки, а также проведение физикального и лабораторного обследования.

1. Физикальное обследование

- Оценка состояния кожных покровов и видимых слизистых (наличие сухости кожи и слизистых, снижение тургора кожи, желтушное окрашивание кожных покровов и склер).
- Термометрия.
- Измерение АД и пульса.

При легком течении РБ у пациентки выявляется умеренная тахикардия и тенденция к артериальной гипотензии.

При средней степени тяжести РБ – сухость кожи, субфебрильная температура тела, тахикардия, артериальная гипотензия.

При тяжелом течении рвоты беременных – сухость и дряблость кожи, субфебрильная температура, запах ацетона изо рта; выраженная тахикардия, артериальная гипотензия, симптом «пылевого следа» (полоска отшелушенных чешуек эпидермиса при проведении пальцем по коже).

2. Лабораторные методы обследования

- Общий анализ крови – увеличение Ht более 42 % и лейкоцитоз более $9 \cdot 10^9/\text{л}$.

Следует помнить, что при значительной дегидратации и сгущении крови могут быть ложнонормальные показатели содер-

жания Hb, эритроцитов. Степень обезвоживания определяют по уровню Ht – его значение выше 40 % свидетельствует о выраженном обезвоживании.

- Общий анализ мочи – протеинурия, цилиндрурия, уробилинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, появление желчных пигментов.

- Анализ мочи на определение кетоновых тел – реакция мочи на ацетон резко положительная (указывается степень выраженности симптома).

- Биохимический анализ крови – общий белок и белковые фракции, билирубин общий и его фракции (прямой и непрямой), мочевины, электролиты (K, Na, Mg, Cl), глюкоза и HbA1C (по показаниям), АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, креатинин.

- Коагулограмма.
- Группа крови и резус-фактор.
- RW, ВИЧ, гепатиты В и С.
- ТТГ, T₃, T₄.

3. Инструментальные методы диагностики

- УЗИ органов малого таза.
- УЗИ органов брюшной полости.
- УЗИ щитовидной железы.
- УЗИ сосудов шеи и головы.
- ЭКГ.
- Биопсия печени – данная диагностическая процедура выполняется только при необходимости исключить патологию печени, при этом следует учитывать высокий риск развития осложнений при ее выполнении.

4. Консультации смежных специалистов:

- консультация терапевта (врача общей практики) или гастроэнтеролога с целью исключения соматической патологии (патологии ЖКТ);
- эндокринолога с целью исключения гипертиреоза, диабетического кетоацидоза;
- хирурга с целью исключения острой хирургической патологии (осложнений язвенной болезни, аппендицита, панкреатита и др.);
- инфекциониста с целью исключения инфекционного гастроэнтерита, вирусного гепатита;
- невролога с целью исключения мигрени и других повреждений нервной системы.

Оценка степени тяжести рвоты беременных

После проведения клинического, лабораторно-инструментального исследования врач выставляет степень тяжести рвоты беременности, что определяет дальнейшую тактику ведения пациентки (табл. 2).

Дифференциальная диагностика РБ и ЧРБ

В период беременности тошнота и рвота могут быть связаны с наличием сопутствующей

Таблица 2

Клиническая классификация рвоты беременных по степени тяжести

Симптомы	Степень тяжести рвоты		
	Легкая	Средняя	Тяжелая (чрезмерная)
Частота рвоты в сутки	3–5 раз	6–10 раз	11–15 раз и чаще (вплоть до непрерывной)
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 массы)	3–5 кг (1–1,5 кг в неделю, 6–10 % исходной массы)	Свыше 5 кг (2–3 кг в неделю, свыше 10 % исходной массы)
Увеличение температуры тела до субфебрильных цифр	Отсутствует	Наблюдается редко	Наблюдается часто (у 35 % больных)
Желтушность склер и кожных покровов	Отсутствует	У 5–7 % больных	У 20–30 % больных
Гипербилирубинемия	Отсутствует	21–40 мкмоль/л	21–60 мкмоль/л
Сухость кожных покровов	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2–3 дня	Задержка стула
Диурез	900–800 мл	800–700 мл	Менее 700 мл
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++ (периодически у 20–30 % больных)	+++, ++++ (у 70–100 % больных)

*Примечание: +, ++, +++ степень выраженности симптома.

щей патологии. Это важно помнить, чтобы не пропустить маркеры развития обострения хронических заболеваний или возникновения другой острой, в том числе хирургической, патологии, когда пациентке может потребоваться экстренное стационарное лечение.

Учитывая клинические проявления, дифференциальную диагностику тошноты и рвоты беременных проводят со следующими состояниями:

- заболевания ЖКТ: гастрит, гастроэнтерит, язвенная болезнь желудка, гепатит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, аппендицит, острая кишечная непроходимость, рак желудка (крайне редко);
- инфекционные заболевания: пищевая токсикоинфекция, нейроинфекция, вирусный гепатит;
- эндокринологические заболевания: тиреотоксикоз, диабетический кетоацидоз, надпочечниковая недостаточность;
- заболевания мочевыделительной системы: пиелонефрит, нефролитиаз (мочекаменная болезнь);
- заболевания репродуктивной системы: перекрут опухоли яичника, нарушение питания / некроз миоматозного узла;

- заболевания ЦНС: мигрень, опухоли ЦНС, вестибулярные поражения, травма шейного отдела позвоночника, острое нарушение мозгового кровообращения;

- отравления различными лекарственными и нелекарственными препаратами: отравление дигоксидом, угарным газом, прием наркотических препаратов.

Важно понимать, что наступление беременности на фоне уже имеющейся у пациентки сопутствующей соматической патологии может существенно усугубить течение хронического состояния и послужить причиной прерывания беременности. Если рвота продолжается после 16–18 недель беременности, то может привести к серьезному повреждению печени, включая центрилобулярный некроз или жировую дегенерацию, а также к энцефалопатии Вернике или разрыву пищевода [15].

Тактика ведения пациенток с токсикозом беременности

В настоящее время терапия РБ зависит от тяжести расстройства и направлена на купирование симптомов токсикоза, восстановление водно-солевого обмена, нарушенного метаболизма и функций жизненно важных органов, профилактику осложнений. Успешность

проводимых лечебных мероприятий позволя-ет минимизировать риски развития осложне-ний у матери и плода. Терапия варьирует от диетических изменений, внутривенной реги-дратации жидкости (включая электролиты, витамины, в том числе тиамин) до фармако-логического лечения и экстренной госпитали-зации пациентки при тяжелом течении токсико-за или неэффективности амбулаторного ле-чения.

Немедикаментозные методы лечения рвоты беременных

Нефармакологическая терапия включа-ет в себя избегание триггеров, которые мо-гут провоцировать или усугублять тяжесть РБ.

1. Лечебно-охранительный режим: устра-нение отрицательных эмоций, избегать прово-цирующих тошноту факторов (резкие запахи, табачный дым, нахождение в душном поме-щении, шум и мерцающий свет). При госпита-лизации пациенток в стационар следует при-держиваться принципа – не помещать в одну палату двух беременных с рвотой.

2. Диета: легкоусвояемая разнообразная пища, богатая витаминами.

– Дробное питание – избегать длительно-го перерыва между приемами пищи, прини-мать пищу часто и маленькими порциями. Исключить прием жирных, жареных, копче-ных, острых и соленых блюд, а также шоко-лада, газированных напитков, кофе и крепко-го чая, холодных напитков (так как они могут замедлять моторику толстой кишки), вслед-ствие повышения при их приеме кислотности желудочного содержимого, что на фоне недо-статочности кардиального сфинктера при бе-ременности провоцирует развитие тошноты и рвоты.

– Питье щелочное – минеральная вода без газа, травяные чаи, некрепкий чай с ли-моном и/или имбирем. Употребляемая жид-кость должна быть комнатной температуры или прохладной (но не холодной).

3. Использование растительных средств – имбирь (категория В по классификации FDA). АCOG рекомендует использование имбиря для лечения РБ легкой и средней степени тяже-сти, особенно среди беременных, желающих избежать приема противорвотных средств [5]. В РФ имбирь содержится в биологически ак-тивных добавках, например, входит в ком-плекс Прегинор, содержащий стандарти-зированный экстракт корня имбиря 67 мг, лактат магния 112,5 мг и витамин В₆ 1,4 мг, который назначается по 1–2 капсулы в день на протяжении 1–2 недель. При необ-ходимости курс лечения может быть про-должен [15].

Медикаментозное лечение рвоты бе-ременных

В настоящее время в РФ отсутствуют кли-нические рекомендации по ведению пациен-ток с рвотой беременности, поэтому врачи-акушеры-гинекологи ограничены в выборе ле-карственных препаратов. В клинической прак-тике возможно использование только препа-ратов, в инструкции к которым указана воз-можность использования при беременности.

Необходимость дополнительной дотации витаминов и микроэлементов при развитии токсикоза не вызывает сомнений, так как вместе с рвотой теряется значительное коли-чество питательных веществ. Витамин В₆ (пи-ридоксина гидрохлорид) – единственный пре-парат, имеющий уровень доказательности А в лечении РБ. Его назначение в дозе 10–25 мг три раза в сутки способствует нивелированию тошноты и РБ у большинства женщин [1, 5].

По данным российских авторов [1, 8], при тяжелой степени РБ, а также при отсутствии эффекта от проводимого лечения РБ и ЧРБ при легкой и умеренной степени тяжести, ле-чение должно быть комплексным и включать: препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс, инфузион-ные средства для регидратации, дезинтокси-кации и парентерального питания и препара-ты, предназначенные для нормализации мета-болизма и профилактики осложнений:

- Препараты, непосредственно блоки-рующие рвотный рефлекс и воздействующие на различные нейромедиаторные систе-мы продолговатого мозга: доксиламин – *сно-творный препарат, антагонист гистамино-вых H₁-рецепторов*. М-холиноблокаторы (атро-пин), прямые антагонисты дофамина (мето-клопрамид) и препараты центрального дей-ствия, блокирующие серотониновые рецеп-торы (ондансетрон), не разрешены в нашей стране в период гестации. Однако при нали-чии клинических и лабораторных признаков обезвоживания инфузионную терапию допу-стимо проводить в сочетании с метаклопра-мидом (5–10 мг).

- Кристаллоидные растворы, используе-мые для регидратации: раствор Рингера–Лок-ка, трисоль, хлосоль, ацесоль.

- Средства для парентерального пи-тания (общая энергетическая ценность до 1500 ккал/сут): растворы глюкозы, раство-ры аминокислот, жировые эмульсии. С це-лью лучшего усвоения глюкозы вводят ин-сулин растворимый (1 ЕД инсулина на 4,0 г сухого вещества глюкозы). Если назначена декстроза, следует предварительно ввести 100 мг тиамина внутривенно с целью профи-лактики энцефалопатии Вернике. Эту дозу

тиамина следует назначать ежедневно в течение 3 дней.

- При снижении общего объема белка крови до 50 г/л показаны 5–10 % растворы альбумина в дозе до 200–400 мл.

- При нарушении кислотно-основного состояния рекомендуют в/в введение натрия гидрокарбоната или лактосол.

Объем инфузионной терапии составляет 1–3 л в зависимости от степени тяжести токсикоза и массы тела больной.

Критериями отмены инфузионной терапии служат: нормализация общего самочувствия пациентки, отсутствие рвоты, отсутствие ацетона и кетоновых тел в общем анализе мочи.

Другие виды лечения

После предварительной консультации врача-физиотерапевта возможно назначение курса физиотерапии:

• на амбулаторном этапе:

- электросон – длительность 1 процедуры 60–90 минут, курс лечения состоит из 6–8 сеансов;

- электроанальгезия – длительность 1 процедуры 60–90 минут, курс лечения состоит из 6–8 сеансов;

- точечный массаж – курс 5–7 дней;

• на стационарном этапе:

- электросон – длительность 1 процедуры 60–90 минут, курс лечения состоит из 6–8 сеансов;

- электроанальгезия – длительность 1 процедуры 60–90 минут, курс лечения состоит из 6–8 сеансов.

Индикаторы эффективности лечения

Критерии достаточности инфузионной терапии:

- уменьшение степени обезвоживания;
- увеличение тургора кожи;
- нормализация величины гематокрита;
- нормализация диуреза (1500–3000 мл);
- отсутствие ацетона в моче.

Показания для прерывания беременности, осложненной развитием тяжелой рвоты:

- непрекращающаяся РБ в течение 3 дней в условиях лечения ОРИТ;

- снижение диуреза до 300 мл в сутки;

- прогрессирующая ацетонурия в течение 3–4 дней;

- прогрессирующее снижение массы тела;
- повышение температуры тела до субфебрильных значений;

- выраженная тахикардия (100–120 в минуту);

- нарушение функций ЦНС (адинамия, апатия, бред, эйфория);

- желтушное окрашивание склер и кожи;

- изменение кислотно-основного состояния, гипербилирубинемия (до 100 мкмоль/л);

- развитие осложнений (острый жировой гепатоз (ОЖГ), энцефалопатия Вернике).

Признаки угрожающего состояния при ЧРБ, являющиеся показаниями к экстренному прерыванию беременности:

- нарушение функций ЦНС (нарастание слабости, адинамии, эйфория или бред);

- нарушение гемодинамики: тахикардия (до 110–120 уд./мин) и артериальная гипотензия (до 90–80 мм рт. ст.);

- желтушность кожи и склер;

- боли в правом подреберье;

- снижение диуреза (до 300–400 мл/сут);

- лабораторные признаки: гипербилирубинемия (в пределах 100 мкмоль/л), повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия;

- острая дистрофия печени.

Акушеры-гинекологи ограничены в выборе лекарственных препаратов в период гестации, и это особенно справедливо в отношении тошноты и рвоты беременных. Современные антиэметические лекарственные препараты весьма эффективны, но тем «талидомидной катастрофы» 1960-х заставляет врачей с особой осторожностью относиться к новым средствам для лечения *hyperemesis gravidarum* [15].

Основа профилактики любых осложнений в акушерстве, в том числе выраженной тошноты и рвоты беременных, – прегравидарная подготовка. Для минимизации дискомфорта важна коррекция заболеваний желудочно-кишечного тракта (в том числе ассоциированных с *H. pylori*), а также адекватная и своевременная дотация витаминов и микронутриентов. Несомненно, углубленное изучение патогенеза *hyperemesis gravidarum* откроет перед акушерами-гинекологами и их пациентами новые возможности.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Акушерство : нац. рук. : крат. изд. / ред. Э. К. Айламазян [и др.] ; Рос. о-во акушеров-гинекологов, Ассоц. мед. о-в по качеству. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 608 с. (Национальные руководства).

Obstetrics: national guidelines : short edition. Edited by Ailamazyan EK et al.; Russian Society of Obstetricians and Gynecologists, M. : GEOTAR-Media, 2019. (National guidelines). (In Russ.)

2. Уокер Р., Томпсон Т. Б. Новое понимание гиперемезиса беременных и потенциальной роли GDF15 // Эн-

докринология. 2018. Т. 159, Вып. 7. С. 2698–2700. URL: <https://doi.org/10.1210/en.2018-00439> (дата обращения: 15.04.2023). Текст: электронный.

Walker R., Thompson TB. New understanding of pregnancy hyperemesis and the potential role of GDF15. Endocrinology. 2018;159(7):2698–2700. URL: <https://doi.org/10.1210/en.2018-00439>. Accessed April 15, 2023. Text: electronic. (In Russ.)

3. *Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial*

context / S. Munch et al. // *J. of Perinatology*. 2011. No. 31. P. 10–20.

4. Arshad M. F., Javed N., Bekhit M. Intractable hyperemesis gravidarum in a patient with type 1 diabetes. DOI 10.1136/bcr-2017-222403. Text: electronic // *BMJ Case Rep*. 2017. Dec 22;bcr2017222403.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 189 Summary: nausea and vomiting of pregnancy. DOI 10.1097/AOG.0000000000002450. Text: electronic // *Obstetrics & Gynecology*. 2018 Vol. 131, No. 1. P. 190–193.

6. ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology). Practice Bulletin nausea and vomiting of pregnancy // *Obstetrics & Gynecology*. 2004 Vol. 103, No. 4. P. 803–814.

7. Грицак Е. Е., Рогожина И. Е. Характер системных метаболических расстройств при токсикозе I половины беременности // *Фундамент. исследования*. 2010. № 9. С. 111–114.

Gritsak EE, Rogozhina IE. The nature of systemic metabolic disorders in toxicosis of the first half of pregnancy. *Fundamental'nyye Issledovaniya*. 2010;9:111–114. (In Russ.)

8. Иванов А. А. Акушерство и гинекология : учеб. пособие / А. А. Иванов. 2-е изд. Саратов : Науч. кн., 2019. 158 с. ISBN 978-5-9758-1879-9. Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. URL: <https://www.iprbookshop.ru/80977.html> (дата обращения: 31.10.2022).

Ivanov AA. *Obstetrics and gynecology: textbook*. Ivanov AA. 2nd ed. Saratov: Nauchnaya kniga, 2019. ISBN 978-5-9758-1879-9. Text: electronic // Digital educational resource IPR

SMART: [website]. URL: <https://www.iprbookshop.ru/80977.html>. Accessed October 31, 2022. (In Russ.)

9. Corre J., Hébraud B., Bourin P. Concise Review: Growth Differentiation Factor 15 in Pathology // *A Clinical Role Stem Cells Transl Med*. 2013. No. 2 (12). R. 946–952.

10. Nausea and vomiting in pregnancy: a review of the pathology and compounding opportunities / M. S. Fejzo et al. // *Intern. J. of Pharmaceutics*. 2013. No. 17. P. 113–123.

11. A meta-analysis of the association between *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection and hyperemesis gravidarum / Qin Xiang Ng et al. DOI 10.1111/hel.12455. Text: electronic // *Helicobacter*. 2018 Vol. 23, No. 1.

12. Recurrence of Hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study / A. Vikanes et al. // *BMJ*. 2010. No. 340. 2050.

13. Wood A. Second trimester Hyperemesis gravidarum associated with increased risk of preterm pre-eclampsia, placental abruption and small for gestational age birth // *Evidence-Based Nursing*. 2014. No. 17. 74 rubles.

14. Mathew N. R., Menon S. G., Mathew M. Ocular manifestations in a case of Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis gravidarum. DOI 10.4103/ojo.OJO_137_2017. Text: electronic // *Oman J. of Ophthalmology*. 2018 Vol. 11, No. 1. P. 85–87.

15. Тошнота и рвота беременных: стоит ли вмешиваться? / М. Б. Хамошина и др. // *Status praesens*. 2021. № 4 (79). С. 86–91.

Nausea and vomiting of pregnancy: is it worth intervening? Khamoshina MB et al. // *Status praesens*. 2021;4(79):86–91. (In Russ.)