

УДК: 616.32

## Тошнота и рвота беременных

Б.А. Ребров, В.В. Рокотянская, О.А. Реброва

*Луганский государственный медицинский университет***Ключевые слова:** тошнота беременных, рвота беременных, факторы риска, диета, лечение.

**Р**асстройства верхнего отдела пищеварительного канала (ВОПК) являются наиболее частыми осложнениями беременности. У ряда женщин развиваются расстройства ВОПК, характерные только для беременности. У других женщин, имевших хронические заболевания ВОПК до беременности, возникает потребность в специальном рассмотрении их проявлений во время беременности. Понимание проявлений и распространенности различных расстройств ВОПК при беременности необходимы для оптимизации помощи этим больным.

В случаях, если заболевания ВОПК действительно осложняют беременность и являются проявлением «гестоза», то они могут шифроваться с индексом «О».

Код по МКБ-10: O99.6 - Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.

Обследование беременных женщин с патологией ВОПК

Рентгеноскопия пищевода и желудка беременным противопоказана.

Эрадикация *Helicobacter Pylori* (Н.р.) согласно Маастрихтских консенсусов II-2000 и III-2005 у беременных не проводится, в связи с этим установление факта инфицирования имеет чисто академический интерес. Решение вопроса о проведении эрадикации Н.р. должно быть поставлено (обязательно!) после родоразрешения и окончания периода кормления грудью.

В число обязательных обследований входят: клинический анализ крови; общий анализ мочи; копрограмма; биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, электролиты, глюкоза); ФЭГДС с биопсией для проведения морфологического исследования и быстрого уреазного теста; УЗИ органов брюшной полости; исследование секреторной функции пищевода, желудка (рН – мониторинг).

По отдельным показаниям, после консультации врача – гастроэнтеролога, проводятся факультативные исследования: анализ кала на скрытую кровь, ЭКГ, а при невозможности проведения быстрого уреазного теста: анализ кала на Нр-антиген, анализ крови на Нр-антиген.

### **Тошнота и рвота беременных**

Тошнота с рвотой или без неё характерна для раннего периода беременности. Тошнота отмечается у 50-90% беременных и вызывает жалобы и беспокойство у 25-50% беременных. Чаще встречается у беременных, имеющих плод женского пола.

**Патофизиология** данного состояния является предметом обсуждения. Это может быть проявлением гормональной перестройки и моторных расстройств ЖКТ в сочетании с психосоциальными факторами. Основное значение имеет эволюционная защита плода в период эмбриогенеза от вредных субстанций содержащихся в пище, таких как микроорганизмы в мясных продуктах и токсины в растениях. Это подтверждается значительно меньшим числом выкидышей и мертворождаемости у женщин с тошнотой в ранний период беременности.

## Клинические проявления

Тошнота при беременности, обычно кратковременная и самокупирующаяся, встречается у 91% женщин в I триместре. Тошнота обычно начинается на 9-10 неделе беременности (редко с шестой), достигает пика на 11-13 недели и прекращается на 12-14 недели. У 1-10% беременных симптомы сохраняются до 20-22 недели беременности.

В мягкой форме она известна как «утренняя болезнь беременных», обычно возникает по утрам и не беспокоит женщин в течении дня.

Для тошноты и рвоты беременных характерно: тошнота и рвота; гиперсаливация.

При тошноте и рвоте беременных возможно: повышенная утомляемость, слабость, головокружение; обострение обоняния; расстройство сна; ухудшение (искажение, извращение) вкуса; депрессия; тревожность; изменения настроения; невозможность концентрации внимания.

При установлении диагноза необходимо исключить заболевания ЖКТ, эндокринной, мочевой и нервной системы, а также аллергические реакции (в т.ч. на пищевые продукты и производственные факторы) и реакции на медикаменты.

Персистирующие тошноты и рвоты во II и III триместре должно быть немедленно рассмотрено, как возможные признаки других состояний и заболеваний: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; гастрита; язвенной болезни желудка и 12-п кишки; панкреатита; холецистита; гепатита; аппендицита; инфекций мочевыводящей системы; надпочечниковой недостаточности; преэклампсии; многоводия.

## Лечение

Лечение тошноты у беременных зависит от выраженности симптомов.

При легком (мягком) течении лечение должны включать немедикаментозные воздействия: ободрение, прогулки на свежем воздухе, выявление и исключение провоцирующих факторов, изменения характера и режима питания (уменьшение объёма и увеличение частоты приема пищи, увеличение приема углеводов и уменьшение приема жиров).

Устранение провоцирующих внешних факторов, в том числе и производственных (беременная нуждается в освобождении от работы).

Диета. Частое, дробное питание, увеличение приема углеводов и уменьшение приема жиров. Отдых после приема пищи.

Прием пищи начинается с питья чистой воды. В дальнейшем диета расширяется за счет крахмалсодержащих продуктов (кисель), затем крекеров и картофеля (печеный, варёный).

Беременным следует придерживаться следующих основных рекомендаций:

Есть при появлении чувства голода

Есть часто и малыми порциями

Избегать жира, специй

Избегать пищи с неприятным запахом и вкусом (для беременной)

Исключить прием препаратов железа

Использовать высокобелковые (мясные) завтраки

Употреблять напитки, обогащенные углеводами (сладкие)

Употреблять пищу, напитки, бульоны, крекеры, а также желатин и замороженные десерты

Настои трав (чай): мята перечная или кудрявая, имбирь, лист малины.

! Беременная должна понимать, что фитопрепараты - это тоже лекарства, и употребление их в больших количествах не безопасно.

! Имбирь в дозах более 20,0 г/сут. (сухого корня) может обладать мутагенными свойствами.

В тяжелых случаях возможно энтеральное питание (назогастральный зонд).

При среднетяжелом и упорном течении, в дополнение к общим мероприятиям, могут быть назначены противорвотные препараты (см. ниже).

Возможно использование психорелаксации, акупунктуры и гипноза.

**Прогноз** для матери и плода благоприятный. Более того, женщины с легкой степенью тошноты и рвоты имеют лучшие исходы беременности, по сравнению с женщинами, не имеющими этих симптомов.

**Чрезмерная рвота беременных**

Встречается с частотой 3-10 случаев на 1 000 беременностей. Чаще у городского населения.

Чрезмерная рвота беременных (Hyperemesis gravidarum) – рвота, осложняющая течение беременности и относящаяся к её осложнениям. Чрезмерная рвота беременных (ЧРБ) характеризуется упорной (неукротимой) тошнотой и рвотой в ранний период беременности и ведет к нарушениям водного и электролитного баланса, кетозу и снижению массы тела.

ЧРБ, в отличие от тошноты и рвоты беременных, беспокоит женщин не только по утрам, но и в течении дня. ЧРБ развивается примерно у 2% беременных с тошнотой и рвотой беременных.

ЧРБ является проявлением «гестоза» и кодируется с индексом «О».

Коды по МКБ-10:

021 Чрезмерная рвота беременных

021.0 Рвота беременных легкая или умеренная

021.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ

021.2 Поздняя рвота беременных

021.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность

021.9 Рвота беременных неуточненная

Клинические проявления.

ЧРБ обычно впервые диагностируется в начале I триместра, с 4 по 10 неделю. Симптоматика может сохраняться до 18-20 недели.

Для ЧРБ характерно:

Неукротимая рвота

Снижение массы тела  $\geq 5\%$  от исходной.

Гиперсаливация

При ЧРБ возможно:

Недостаточное питание (Malnutrition), проявляющееся симптомами полигиповитаминоза

Абдоминальная боль

Кетоз, гипокалиемия, кислотно-щелочной дисбаланс

Повышение уровней ферментов печени (трансаминазы, щелочная фосфатаза)

Артериальная гипертензия

Факторами риска ЧРБ являются:

Ожирение

Первая беременность

Многоплодие

Хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением трофики тканей и пониженным питанием.

Диабет беременных

Возрастные первородящие (старше 30 лет)

Юные первородящие

Низкий образовательный и социальный уровень беременной

Тошнота и рвота беременных в период предыдущей беременности

Факторами риска также являются предшествующие беременности заболевания и состояния:

- Заболевания щитовидной железы
- Психические расстройства
- Заболевания зубов
- Бронхиальная астма
- Курение беременной
- Несвоевременное и/или неадекватное лечение ЧРБ может приводить к осложнениям:
- Разрыв и перфорация пищевода
- Пневмоторакс
- Пневмомедиастинум
- Энцефалопатия, слепота
- Заболевания печени
- Потеря сознания, кома, смерть
- Другие осложнения:
- Почечная недостаточность
- Панкреатит
- Глубокий венозный тромбоз
- ТЭЛА, центральный понтальный миелиноз, рабдомиолиз, недостаточность витамина К и коагулопатия, разрыв селезенки, венозный тромбоз
  - Сепсис (в т.ч. и грибковый), локальные инфекции
  - Жировая инфильтрация плаценты.

### **Диагностика и дифференциальная диагностика**

Дополнительно к общим исследованиям, проводимым при диагностике заболеваний ВОПК, при ЧРБ проводятся следующие исследования:

- Анализ мочи на кетоны
- Анализ крови на электролиты, кетоны, креатинин и кислотно-щелочное равновесие (КЩР), трансаминазы
- Анализ крови на амилазу/липазу

- Тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ), свободный трийодтиронин ( $T_3$ ) и тироксин в крови ( $T_4$ ).
- Уринокультура
- Гематокрит

При пролонгации ЧРБ позднее 20-22 недели беременности, для дифференциальной диагностики, по строгим показаниям проводятся магнитно-резонансная (предпочтительнее) и компьютерная томография.

При ЧРБ отмечается повышение трансаминаз в 50% случаев, уменьшающихся по мере купирования состояния, однако требующее исключения гепатита. Обычно повышение трансаминаз происходит в пределах <300% верхней границы нормы, однако в некоторых случаях бывает и более.

Амилаза повышается у 10% беременных с ЧРБ, что требует исключения панкреатита.

ЧРБ часто (в 50-60%) ассоциируется с транзиторным гипертиреозом и супрессией ТТГ, но требует исключения заболеваний щитовидной железы.

Наличие инфекций мочевой системы и даже бессимптомной бактериурии способствует пролонгации ЧРБ и усилению симптомов.

## Лечение

I. Проведение диетических и режимных мероприятий рекомендуемых при тошноте и рвоте беременных легкой и средней тяжести (см. выше).

II. Медикаментозное лечение.

1. Начинают лечение с назначения сбалансированных витаминно-минеральных комплексов. Затем при рвоте, продолжительностью  $\geq 3$  недель, переходят к монотерапии препаратами пиридоксина (vit. B6) и тиамина (vit. B1).

2. Противорвотные (антиэмические) препараты назначаются только в указанной последовательности, при неэффективности предыдущих групп препаратов:

2.1. Антиэмические препараты I группы, относящиеся к группе А (FDA, USA, 2007) либо вообще не рассматриваемые, как потенциально опасные для матери и плода:

Пиридоксин (vit B 6) – 5% - 0,25-0,5 мл  $\times$  2-3 р./сут.

Авиоплант (порошок корневища имбиря) – капс. 250 мг  $\times$  4 р./сут.

Мятные таблетки – т. 2,5 мг  $\times$  4 р./сут.

Возможно сочетание препаратов I группы между собой.

2.2. Антиэмические препараты II группы, относящиеся к группе В (FDA, USA, 2007) являются безопасными для животных, однако безопасность для людей окончательно не установлена. Действуют системно, проникают через плаценту. Могут использоваться со II триместра беременности.

2.2.1. Антиэмические препараты II группы, относящиеся к «пропульсантам»

Метоклопрамид (метукал, церукал) – р-р 2,0 мл (10 мг) в/м, в/в  $\times$  2-3р./сут., затем 1 т. (10 мг)  $\times$  3-4 р./сут. за 30 мин. до еды и перед сном до 4 нед.

2.2.2. Антиэмические препараты II группы, чаще позиционируются, как «антигистаминные средства».

Димингидронат (авиомарин, дедалон, драмина) – т. 50 мг  $\times$  4-6 р./сут. (max. 400 мг/сут.), парентеральные формы в Украине не зарегистрированы.

Дифенгидрамин (димедрол, кальмабен) – 1%-1,0, в/м, в/в 1,0-5,0 мл, затем т. 0,05  $\times$  3-4 р./сут. max. 300 мг/сут.)

Препараты, используемые в США: Doxylamine (Unisom), Cyclizine (Marezine) и Meclizine (Antivert) в Украине не зарегистрированы.

2.3. Антиэмические препараты III группы, относящиеся к группе С (FDA, USA, 2007), разрешены к применению у беременных по строгим показаниям. Имеются отдельные сведения об опасности для плода. Действуют системно, проникают через плаценту. Могут использоваться только со II триместра беременности.

Скополамин (бускопан, спазмобрю) – р-р 2,0 (20 мг) п/к, в/м, в/в  $\times$  2-3 р./сут., затем таблетки т. 10 мг,  $\times$  3-5 р./сут.

Прометазин (пипольфен) – р-р 2,5%-2,0 (50 мг) в/м, в/в  $\times$  2-3 р./сут., затем таблетки т. 25-12,5 мг,  $\times$  4-6 р./сут. (max. 150 мг/сут.).

Хлорпромазан (аминазин) – р-р 2,5%-1,0-2,0 (25-50 мг) в/м, в/в  $\times$  2-3 р./сут. (не более 3 раз), затем таблетки т. 50 мг  $\times$  3 р./сут. (max. 150 мг/сут.).

Ондасетрон (домеган, зофетрон, зофран, изотрон, осетрон, сетрон, эмесет, эметрон) – р-р 0,2%-2,0 (4 мг) или 0,2%-4,0 (8 мг) в/в медленно, капельно на 100 мл физ. р-ра  $\times$  1-2 р./сут., затем таблетки т. 4-8 мг,  $\times$  2 р./сут. (max. 150 мг/сут.).

Препараты, используемые в США Prochlorperazine (Compazine), Trimethobenzamide (Tigan), Droperidol (Inapsine) в Украине не зарегистрированы.

2.4. Препараты других групп. Используют в рефрактерных случаях ЧРБ.

Метилпреднизолон (метипред, медрол) - 16 мг внутрь или в/в  $\times$  3 р./сут. (через 8 ч.) в течении 3-х дней с дальнейшим титрованием до наиболее низкой эффективной дозы.

Потенційно небезпечно. Відноситься до групи С (FDA, USA, 2007)

Апрепінат (эменд) капс. 80 мг × 2 р./сут. (Тератогенний ефект не визначено, краще використовувати в поєднанні з глюкокортикоїдами.)

Беременним з ЧРБ призначають мінімально ефективну дозу і періодично здійснюють спроби кинути препарат, і/або переходу до використання більш безпечних препаратів.

III. Восполнення втрати рідини, корекція порушень електролітного обміну і КЩР.

При неможливості здійснення природного харчування (per os), їжа і ізотонічні розчини даються через назо-ентеральний зонд. По мірі покращення стану відновлюється пероральне харчування, причому зондове годування повинно бути припинено за 1 годину до пробного сніданку. Вживання білка повинно становити 1,3 г/кг/сут. Парентеральне введення поживних сумішей повинно проводитися за суворими показаннями і має багато побічних ефектів.

Рівень глікемії повинен суворо контролюватися і підтримуватися на рівні 5,0-7,0 ммоль/л, незважаючи на хорошу переносимість вагітними високими рівнями глікемії.

Парентеральне харчування здійснюється через центральний венозний катетер. Вагітні на парентеральному харчуванні повинні бути обстежені 2 рази на тиждень з визначенням електролітів і кислотно-щелочного балансу і 1 раз на тиждень для дослідження коагуляційного статусу, функціональних проб печінки, креатиніну, глікемії і трансаміназ. При парентеральному харчуванні необхідно пам'ятати про есенціальні жирні кислоти, мінерали і вітаміни. В особливу вагу слід приділити отриманню вагітними фолієвої кислоти не менше 400 мг/сут. Обов'язково додається К+ 40 мгЕкв/л (але не більше 80 мгЕкв/л). Рекомендовано 10 мгЕкв/л в годину при адекватному виділенні сечі.

При явленні енцефалопатії призначають глюкозу і тиамін.

При неефективності всіх видів лікування і персистенції виражених водно-електролітних розладів показано припинення вагітності.

Прогноз при купірованні ЧРБ для матері і плоду сприятливий.

При відсутності лікування вагітних з ЧРБ в США і Європі зареєстровані випадки смерті.

Висновок слід зробити, що

Максимальний ризик використання лікарських засобів відзначається при органогенезі - в I триместрі вагітності.

Вживання будь-яких лікарських засобів в I триместрі вагітності має потенційно тератогенний ризик і повинно бути суворо обґрунтовано.

Вживання будь-яких седативних препаратів повинно бути припинено за кілька тижнів до народження, незалежно від показань.

## Література

1. Захворювання органів травної системи [Текст] / Н.М. Сердюк, Є.М.Нейко, І.П.Вакалюк та ін.; Госпітальна терапія. - За ред Є.М.Нейка; К.: Здоров'я, 2003. - С.670-837.
1. Катеренчук, І.П. Діагностика і принципи лікування гастроентерологічних захворювань [Текст]. / І.П.Катеренчук. - Полтава, 2005. - 152 с.
1. Компендіум 2008 - Лікарські препарати [Текст] / Під ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - К.: Морион, 2008 - 2270с.
1. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. „Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” [Текст]. - Київ 2003. - частина II. - С. 38-62.
1. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» [Текст] - К.: МОЗ України - 47 с.
1. Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм [Текст] / Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов, В.А. Кльованник та ін.; Дніпропетровськ - друкарня ДНУ, 2006. - 138 с.
1. Передерій, В.Г. Основи внутрішньої медицини. [Текст]: учебник, Том 1. /В.Г. Передерій, С.М. Ткач. - К., 2009.- 784 с.
1. Pregnancy in Gastrointestinal Disorders [Text] / J.A. Christie, S.Rose, A.Ahmad, B.B. Frank, J.E. Richter, L.P. Harvey-Banchik, K.Trujillo, J.Wakim-Fleming, N.N. Zein, S.Parangi, S.Pories, S.Kane. - American College of Gastroenterology - 2nd edition - 2007 - 81 p.
1. Briggs, G.G. Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal risk. [Text] / G.G. Briggs, RY. Feman, SJ. Yaffe. // Lippincott Williams & Wilkins, 2007 - 387 p.

## Нудота і блювання вагітних

Б.А. Ребров, В.В. Рокотянська, О.О. Реброва

У статті представлено клінічне значення нудоти і блювання вагітних, фактори ризику, засоби профілактики і можливості медикаментозної корекції даної патології.

Ключові слова: нудота вагітних, блювання вагітних, фактори ризику, дієта, лікування.

## Nausea and vomiting of pregnant women

*B.A. Rebrov, V.V. Rokotyanskaya, Rebrov O.A. ,*

This paper presents the clinical significance of nausea and vomiting in pregnancy, risk factors, methods of prevention and the possibility of pharmacological correction of this pathology.

Keywords: morning sickness, vomiting in pregnancy, risk factors, diet, medical treatment.