

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РВОТОЙ, ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

В. И. Гусак, Г. Л. Леник

Черниговский городской родильный дом

Резюме. В статье приведен обзор литературы по этиологии и патогенезу ранних гестозов, по дифференциальной диагностике продолжительной рвоты во время беременности, описаны основные принципы лечения рвоты у беременных. Особое внимание уделено принципам проведения инфузионной терапии. Указывается на высокую клиническую эффективность применения L-аминокислот (Аминол), при нарушении кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза применяют препарат Сода-буфер. В качестве дезинтоксикационной терапии рационально применять инфузионный препарат Реосорбиллакт. Для профилактики вторичной плацентарной недостаточности используют вазоактивные и антиоксидантные препараты (Тивортин, Тивортин аспаратат, витамин Е). Рациональную инфузионную терапию для ликвидации кетоза, ацидоза, интоксикации и метаболических нарушений следует начинать уже при рвоте средней степени тяжести.

Ключевые слова: *ранний гестоз, инфузионная терапия, кетоз, ацидоз, антиоксидантные препараты.*

ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З БЛЮВАННЯМ, ЩО ЗМІНИЛОСЯ?

В. І. Гусак, Г. Л. Леник

Резюме. У статті наведено огляд літератури по етіології й патогенезу ранніх гестозів, по диференціальній діагностиці тривалої блювоти під час вагітності, описані основні принципи лікування блювоти у вагітних. Особлива увага приділена принципам проведення інфузійної терапії. Вказується на високу клінічну ефективність застосування L-Амінокислот (Аминол), при порушенні кислотно-основної рівноваги убік ацидозу застосовують препарат Сода-буфер. У якості дезінтоксикаційної терапії раціонально застосовувати інфузійний препарат Реосорбілакт. Для профілактики вторинної плацентарної недостатності використовують вазоактивні й антиоксидантні препарати (Тівортін, Тівортін аспаратат, вітамін Е). Раціональну інфузійну терапію для ліквідації кетозу, ацидозу, інтоксикації й метаболічних порушень слід починати вже при блювоті середнього ступеня важкості.

Ключові слова: *ранній гестоз, інфузійна терапія, кетоз, ацидоз, антиоксидантні препарати.*

TREATMENT OF VOMITING IN PREGNANCY, WHAT HAS CHANGED?

V. I. Husak, G. L. Lenik

Summary. The article presents a review of the literature on the etiology and pathogenesis of early gestosis for the differential diagnosis of persistent vomiting during pregnancy, the basic principles in the treatment of vomiting in pregnancy. Special attention is paid to the principles of infusion therapy. Points to the high clinical efficacy of L-amino acids (Aminol), to correct the acid-base balance, a shift towards acidosis, used of the drug Soda-buffer. As a detoxification therapy best use intravenous solution Reosorbilact. For the secondary prevention of placental insufficiency using vasoactive and antioxidant drugs (Tivortin, Tivortin aspartate, vitamin E). Rational infusion therapy to eliminate ketosis, acidosis, intoxication, metabolic disorders should begin with vomiting of moderate severity.

Keywords: *early preeclampsia, infusion therapy, ketosis, acidosis, antioxidant preparations.*

Адрес для переписки:

*Гусак Василий Иванович
Черниговский городской родильный дом
14034, Чернигов, ул. 1 мая, 172*

Гестоз — заболевания, которые встречаются только у беременных и ассоциируются с беременностью, т.е. связаны с ней. Гестозы разделяют на ранние и поздние. В отдельную группу выделены редкие формы гестозов. К ранним гестозам относят рвоту беременных (РБ), слюнотечение (птиализм) и некоторые другие, более редкие, виды данной патологии.

Проблема рвоты у беременных существует издавна: первые упоминания об этом можно встретить в папирусах, датированных 2000 г. до н. э. Это может показаться удивительным, но чрезмерная рвота у беременных (ЧРБ) вплоть до середины XX века являлась одной из основных причин материнской смертности. В настоящее время удалось

достичь значительного снижения смертности при РБ, однако эта патология все еще лидирует в структуре акушерской заболеваемости. От 50 до 90 % пациенток во время беременности страдают от тошноты и рвоты. Жалобы появляются на 9–10-й неделе гестации, достигают максимума на 1–13-й и обычно самостоятельно проходят к 12–14-й неделе. Однако в 1–10 % случаев рвота и тошнота могут беспокоить пациентку вплоть до 20–22-й недели беременности [1, 2].

При физиологическом течении беременности в организме женщины происходят адаптационные изменения почти всех органов и систем, которые регулируются нервной системой с участием желез внутренней секреции. Существует теория,

согласно которой тошнота и рвота, появляющиеся на ранних сроках беременности (т.е. именно в период эмбриогенеза), являются эволюционным защитным механизмом для предотвращения попадания патогенных микроорганизмов и токсинов из пищи в организм женщины. Это косвенно подтверждается тем фактом, что у пациенток, страдающих от рвоты и тошноты во время беременности, реже отмечаются выкидыши и мертворождения [3, 4].

В случае если такие проявления раннего гестоза становятся изнуряющими и вызывают обезвоживание организма, нарушения кислотно-основного состояния (КОС), электролитного баланса, кетоацидоз и потерю веса, требуется вмешательство специалистов, поскольку без лечения это состояние может привести к истощению или даже к гибели женщины. Так, РБ требует интенсивной терапии в условиях стационара в 0,3–2 % случаев [5]. Кроме того, ранние гестозы зачастую ассоциируются с другими формами акушерской патологии (гипотония беременных, железодефицитная анемия, угроза прерывания беременности, поздний гестоз), а также способствуют развитию перинатальной патологии (хроническая гипоксия, гипотрофия плода, дефекты развития нервной системы, асфиксия новорожденных). Среди экстрагенитальных заболеваний, ассоциируемых с РБ и осложняющих течение беременности, можно отметить изжогу, атонические запоры, функциональные нарушения сердечной деятельности.

Этиология и патогенез ранних гестозов

Факторы, способствующие развитию гестозов.

По данным большого исследования, проведенного в Канаде, выявлено, что ЧРБ чаще наблюдается при наличии таких фоновых патологий, как гипертиреоз (в т. ч. его субклинические формы), психические расстройства, молярная беременность в анамнезе, заболевания органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сахарный диабет, бронхиальная астма. Также риск возникновения РБ выше при беременности плодом женского пола и при многоплодной беременности [6, 13, 14]. В некоторых исследованиях выявлено, что такому состоянию более подвержены беременные с низким социально-экономическим статусом и невысоким уровнем образования, а также женщины, отмечавшие тошноту и рвоту во время предыдущей беременности, с непереносимостью комбинированных оральных контрацептивов в анамнезе, многорожавшие пациентки. Среди других факторов риска возникновения рвоты беременных отмечают этническую принадлежность, профессиональный статус, наличие аномалий развития плода (трисомия, триплоидия, водянка), быстрое увеличение массы тела, бесплодие в анамнезе, небольшой перерыв между предыдущей и настоящей беременностью, наличие желтого тела беременности в правом яичнике [6]. Также существует мнение о роли генетической предрасположенности в патогенезе возникновения ранних гестозов.

Подтверждением этому служат данные о том, что вероятность развития гестоза в 8 раз выше у дочерей пациенток с преэклампсией в анамнезе в сравнении с общей популяцией.

Следует отметить тот факт, что курение беременной и возраст старше 30 лет ассоциируются с низким риском возникновения РБ [6]. Тошнота и рвота у пациенток с гестозом могут вызвать повышенную чувствительность органа обоняния и особенности вестибулярного аппарата. При обследовании многие женщины указывают на то, что запах приготовляемой пищи, в особенности мяса, является триггером возникновения тошноты. Определенное сходство симптомов РБ с симптомами «морской болезни» позволяет предположить, что некоторые случаи РБ являются проявлением субклинических форм вестибулярных расстройств [6, 9].

Результаты различных исследований касательно роли *Helicobacter pylori* в патогенезе развития РБ весьма противоречивы. Однако следует помнить о том, что постоянные тошнота и рвота, не проходящие после II триместра беременности, могут быть связаны с обострением язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori* [7, 8]. Также определенная роль в патогенезе развития РБ принадлежит фоновой патологии гепатобилиарной системы и нарушениям липидного обмена [6].

Возникновению рвоты во время беременности могут способствовать нарушения моторной деятельности различных отделов ЖКТ (в частности желудка), индуцируемые повышением уровня прогестерона и эстрогенов, гормонов щитовидной железы, а также обусловленные расстройствами в работе симпатической нервной системы [6].

Теории возникновения гестозов

До настоящего момента не выработана единая концепция, объясняющая патофизиологию возникновения тошноты и рвоты у беременных. Считается, что она обусловлена сложным взаимодействием нейрогенных, гормональных, иммунологических, плацентарных, биохимических и психологических факторов. В настоящее время гестоз определяют как состояние, возникающее вследствие невозможности адаптационных механизмов материнского организма адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

Нейрорефлекторная (корково-висцеральная) теория состоит в том, что рост плодного яйца и постепенно увеличивающееся раздражение рецепторов эндометрия могут привести к повышению возбудимости подкорковых образований и способствовать усилению реакции вегетативной нервной системы. В конечном итоге все это может вызвать рефлекторные изменения в гемодинамике материнского организма. При патологии эндометрия и звеньев рецепторной цепи вероятность патологических отклонений повышается. Данная теория подтверждается тем фактом, что гестозы беременных часто возникают именно на фоне нервно-психических стрессов. Кроме того,

при електроенцефалографії у пациенток с гестозом виявляють функціональні змінення в підкоркових структурах мозга.

Гормональна теорія. У пациенток с РБ часто відзначається більш високий рівень хорионічного гонадотропіна людини (ХГЧ), який може стимулювати рецептори тиреотропіного гормону (ТТГ) в щитовидній залізі. Пікові значення ХГЧ виявляють іменно в І триместрі вагітності. У деяких пациенток с РБ можна спостерігати клініку гіпертиреоза. Однак частіше всього відзначається понижений рівень ТТГ (в 50–70 % випадків) і підвищений — вільного тироксину (Т4) без яких-либо клінічних проявів гіпертиреоза. Циркулюючі антитіла щитовидної залізі не визначаються, і розміри залізи не збільшені. Такий транзиторний гіпертиреозидизм, асоційований с ЧРБ, звичайно проходить самостійно, і функція щитовидної залізи нормалізується без застосування антитиреоїдної терапії [4, 5]. В ряду досліджень відзначалась позитивна кореляція між рівнем ХГЧ в плазмі крові і концентрацією вільного Т4. Автори зв'язують вираженість тошноти с ступенем стимуляції щитовидної залізи. Що ж стосується кореляції високого рівня естрадіолу с ступенем тяжкості тошноти і рвоти у вагітних, то в літературі існують суперечливі думки [6].

Імунологічна теорія складається в тому, що розвитку гестозу сприяє невідповідність факторів гистосовместимости матері і плоду. Предполагається, що для розвитку гестозу характерно поєднання НLA-гомозиготності і дефекту в рецесивному гені імунологічного відгу. Можливо, в час вагітності у таких пациенток діють неспроможні механізми, забезпечуючі толерантність материнського організму к розвиваючомуся ембріону.

Біохімічна теорія РБ зв'язана с активацією симпатическої периферическої нервної системи і посиленням продукції фактора некрозу опухолі α [9]. Крім того, ряд авторів відзначають змінення концентрації аденозіну, який являється супрессором критическої активації симпатическої нервної системи і продукції цитокінів, що може являтися визначаючим фактором в патогенезі розвитку РБ. У пациенток с цією патологією підвищення рівня фетального ДНК відражається на показателях сыворотки крові матері і може бути зв'язано с тим, що клітки трофобласта руйнуються гіперактивною імуною системою жінки. Всі ці дані в сукупності дають можливість передположити, що виникнення РБ може асоційуватися с імунологіческими зміненнями, виникаючими в період вагітності [6, 10].

Плацентарна теорія. Згідно цієї концепції, в патогенезі гестозів суттєва роль належить плаценті. В якості пускового механізму гестозу сторонники плацентарної теорії

називають гуморальні фактори плацентарного походження. Предполагається, що у пациенток с гестозом по яких-либо причинам порушена міграція трофобласта в судини матки. Спиральні маточні артерії в час вагітності не змінюють свою структуру. Відношення в системі трофобласт — спіральні артерії порушуються, виникає спазм, погіршується міжворсинчатий кровоток і, як наслідок, виникає гіпоксія тканин маточно-плацентарного комплексу. Це влечет за собою порушення вазоактивних властивостей ендотелію і звільнення медіаторів вазоконстрикції. Довготривала продукція вазоконстрикторів викликає цілий ряд патологіческих змінень в гемодинаміці, ЦНС, гормональному статусі, обміну речовин і кислотно-основному рівновазі організму.

Психогенна теорія. Психологіческі проблеми, асоційовані с вагітністю, опосередковано можуть викликати тошноту і рвоту. Степень впливу цього фактору на фізическе стан жінки визначається її внутрішнім настроєм на вагітність і рівнем соціокультурного розвитку. Тяжелі форми ранніх гестозів, такі як ЧРБ, виникають частіше всього на фоні сильного хроніческого психологіческого стресу. В літературі описані випадки розвитку РБ, зв'язані с погіршенням психіческих захворювань, депресіями і психосоматическими розладами [6, 11, 12].

Клініка РБ при ранніх гестозах

Основними скаргами при ранніх гестозах являються тошнота, рвота, слабкість, виражені смакові відхилення і обонятельні причуды, втрата апетиту, порушення сну. Об'єктивно відзначаються втрата ваги, тахікардія, гіпотонія, підвищення температури тіла, змінення в аналізах сечі і крові.

Головним клініческим симптомом являється рвота. В залежності від частоти епізодів рвоти на протязі доби, а також від ступеня порушень водно-солового, углеводного, білкового, жиrowого обміну, кислотно-основного, вітамінного балансу, функцій залізи внутрішньої секреції відличають три ступені тяжкості рвоти вагітних — легка форма; рвота середньої ступені тяжкості; тяжела форма або ЧРБ.

В більшості (80–90 %) випадків легка форма рвоти спонтанно припиняється або легко піддається ліченню підбором режиму харчування і відпочинку. При рвоті у вагітних середньої ступені тяжкості і в особеності при її важкій формі захворювання супроводжується гемодинаміческими, метаболіческими і нейроендокринними порушеннями, виникають змінення водно-солового обміну, знижується судинистий тонус, порушується функція печінки, змінюється ексекреція естрогенів і глюкокортикоїдів, знижується рівень оксигенації артеріальної крові. Внаслідок патологіческого катаболізму білків в крові підвищується концентрація амміаку, що поряд з по-

вышенной элиминацией CO₂ (результат гипервентиляции) приводит к развитию смешанной формы алкалоза. Нарушаются реологические свойства крови, уменьшается объем циркулирующей крови (ОЦК) преимущественно за счет объема циркулирующей плазмы. Кроме того, повышаются показатели гематокрита, увеличивается агрегационная способность эритроцитов, вязкость крови (в основном за счет повышения концентрации фибриногена), усиливаются проявления полигиповитаминоза. По мере нарастания истощения, интоксикации, обезвоживания наступают дистрофические изменения в печени, почках, головном мозге и других органах, что в итоге может привести к развитию полиорганной недостаточности [15].

Диагностика рвоты беременных и ее форм основывается на оценке клинических данных и результатов лабораторных исследований (таблица)

некроз узла при миоме матки; мочекаменная болезнь), метаболическими нарушениями (диабетический кетоацидоз; порфирия; адиссонова болезнь; гипертиреозидизм), неврологическими нарушениями (вегетососудистая дистония по гипотоническому типу; сотрясение головного мозга; менингит; псевдоопухоль мозга; повреждения мозжечка; мигрень; опухоль ЦНС); состояниями, ассоциируемыми с беременностью (тошнота и рвота у беременных; острый жировой гепатоз печени; преэклампсия) и отравлением медикаментами.

Особого внимания при дифференциальной диагностике требует желтушный синдром, часто наблюдаемый при ЧРБ, поскольку он может стать причиной ошибочной диагностики вирусного гепатита. В этиологии желтухи при рвоте у беременных лежат обменные нарушения, и только в запущенных случаях может развиваться жировая дистро-

Таблица

Оценка степени тяжести рвоты беременных

Показатель	Степень тяжести рвоты		
	1 (легкая)	2 (средняя)	3 (тяжелая)
Аппетит	умеренно снижен	значительно снижен	отсутствует
Тошнота	умеренная	выраженная	значительная, невыносимая
Частота рвоты, раз/сутки	3–5	6–10	11 и больше
Саливация	умеренная	выраженная	густая вязкая слюна
Обморок	редко	у 30–40 % больных	у 50–60 % больных
Субфебрильная температура	нет	редко	у 35–80 % больных, значительно выраженная в 50–60 % больных
ЧСС/мин	80–90	90–100	Больше 100
Систолическое АД, мм рт. ст.	120–110	110–100	ниже 100
Усвоение пищи	в основном усваивается	частично усваивается	не усваивается
Снижения массы тела, % от исходной	до 5	6–10	Больше 10
Сухость кожи	+	++	+++
Дефекация	1 раз в 2–3дня	1раз в 3–4дня	продолжительные запоры
Диурез, мл	900–800	800–700	меньше чем 700
Ацетонурия	нет	периодически у 20–50 % больных	у 70–100 % больных
Желтушность склер и кожи	нет	у 2–3 % больных	у 20–30 % больных
Гипербилирубинемия	нет	у 20–30 % больных	У 60–70 %больных

Дифференциальная диагностика продолжительной рвоты во время беременности

У таких пациенток необходимо проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями ЖКТ (пищевые отравления; инфекционные заболевания (в т. ч. вирусный гепатит); гастроэнтерит; патология гепатобилиарной системы (в т. ч. желчнокаменная болезнь, гепатит); обструкция тонкого кишечника; язвенная болезнь желудка; панкреатит; аппендицит; рак желудка), с заболеваниями мочеполовой системы (пиелонефрит; уремия;

фия печени, обусловленная голоданием. Желтуха как симптом раннего гестоза возникает на фоне многократной рвоты и нарастающего обезвоживания организма. При этом иктеричность кожи и слизистых слабо выражена, желтуха не имеет цикличности развития, признаки инфекционно-токсического синдрома отсутствуют, гепатоспленомегалия не наблюдается. При вирусном гепатите желтуха резко выражена, отмечаются цикличность развития болезни, тромбогеморрагический синдром, гепато- и спленомегалия, моча приобре-

тает темный цвет, кал обесцвечивается. В этом случае многократная рвота является признаком тяжелого фульминантного гепатита. Анализ показателей лабораторных исследований облегчает дифференциальную диагностику этих состояний. Желтуха на фоне раннего гестоза сопровождается гипербилирубинемией (в 1,5–2 раза выше нормы), преимущественно за счет непрямого билирубина. Повышение уровня аланинаминотрансферазы чаще всего не отмечается, анализы на выявление маркеров вирусных гепатитов отрицательные. Кроме того, при гестозе появляется ацетонурия, а тромбгеморрагический синдром наблюдается весьма редко [15].

Терапия беременных с рвотой при раннем гестозе

Лечебная тактика зависит от степени тяжести гестоза, и предпринимаемые меры могут варьировать от простых изменений в диете до применения противорвотных препаратов и парентерального питания. При любой степени тяжести рвоты беременной должна быть предложена госпитализация. Лишь при легких формах раннего гестоза допускается амбулаторное лечение при условии динамического контроля массы тела и регулярных исследований мочи на ацетон. Рвота среднетяжелой и тяжелой степени требует лечения беременной в условиях стационара. Необходимо разъяснить женщине причину ее состояния. Хотя роль психологического фактора в патогенезе рвоты беременных полностью не доказана, можно рекомендовать пациентке проконсультироваться у психолога.

Основные принципы лечения беременных с рвотой:

- нормализация соотношения между процессами возбуждения и торможения в ЦНС;
- устранение гиповолемии и коррекция нарушений реологических свойств крови;
- борьба с ацидозом, интоксикацией и обезвоживанием организма;
- устранение нарушений водно-электролитного обмена и обмена веществ;
- коррекция дефицита витаминов и микроэлементов;
- улучшение маточно-плацентарного кровообращения;
- лечение сопутствующих заболеваний.

Для диагностики и контроля эффективности лечения рвоты у беременных рекомендуется проведение у них *динамического мониторинга состояния с учетом следующих показателей:*

- массы тела;
- количества потребляемой и выделяемой жидкости;
- уровня артериального давления;
- гематокрита и содержания гемоглобина;
- анализа мочи (ацетон, белок);
- концентраций билирубина, печеночных ферментов и креатинина;
- уровня электролитов в крови и моче (K^+ , Na^+ , Cl^-);
- данных о КОС и газах крови;
- динамики картины глазного дна.

Об эффективности проводимой терапии судят по уменьшению и прекращению рвоты, прибавке массы тела, нормализации показателей анализов мочи и крови. При некупируемой ЧРБ показано прерывание беременности в связи с риском возникновения осложнений, опасных для жизни женщины. *Неблагоприятными прогностическими симптомами являются:*

- желтушный цвет кожи;
- температура тела $> 38^\circ C$ без наличия инфекции;
- стойкая тахикардия (> 120 уд/мин);
- выраженная билирубинемия;
- галлюцинации, состояние комы.

Осложнения РБ:

- обезвоживание;
- нарушение функций жизненно важных органов (сердца, печени и почек);
- острая желтая атрофия печени (наблюдается крайне редко, но может вызвать смертельные осложнения);
- прерывание беременности;
- синдром Мэллори – Вейсса.

При благоприятном течении раннего гестоза его явления стихают не позднее 12 недель. Затяжное течение раннего гестоза свидетельствует о наличии сочетанной патологии (обострение хронических болезней печени, панкреатит) или другого вида акушерских заболеваний (пузырный занос, гепатоз) [6, 14].

Лечение рвоты у беременных должно быть комплексным и дифференцированным с одновременным многосторонним воздействием на различные звенья патогенеза заболевания. Важным моментом является рациональное питание и соблюдение питьевого режима. Пища должна быть высококалорийной, витаминизированной и легко усваиваемой. В связи со снижением аппетита рацион беременной женщины должен содержать продукты, которые не провоцируют тошноту и вызывают аппетит. Следует исключить острые блюда и алкоголь. В питании обязательно должны присутствовать продукты, содержащие много белка (в т. ч. незаменимых аминокислот), минеральных веществ, витаминов. Прежде всего это мясо, морепродукты, молочные продукты. Особо ценными в рационе беременной являются жирные сорта морской рыбы как важного источника белка и рыбьего жира, в состав которого входят жирорастворимые витамины, в частности А и D. Кроме того, в сравнении с мясом рыба содержит много фосфора и кальция (последние лучше усваиваются при наличии витамина D). Морская рыба и морепродукты особенно богаты микроэлементами, в т. ч. йодом.

Общие рекомендации по питанию при ЧРБ:

- принимать пищу только в том случае, если возникло ощущение голода или появилось желание перекусить независимо от установленного времени приема пищи.
- рекомендовано дробное питание (6–8 раз в сутки), интервалы между приемами пищи должны быть небольшими.

- избегать жирной и острой пищи, эметогенных продуктов питания и запахов.
- желательно употреблять мягкие или сухие продукты.
- прекратить прием таблетированных форм препаратов железа.
- увеличить в рационе количество продуктов, богатых белком (мясо, рыба, молочные продукты).
- по утрам, когда рвота особенно выражена, можно рекомендовать сухое несладкое печенье (галеты, крекеры), бульон.
- могут быть полезными травяной чай с перечной мятой или имбирем, желе, прохладные или замороженные десерты [6].

Потеря жидкости и солей при рвоте средней и тяжелой степени, а также при выраженном пtiализме приводит к обезвоживанию и изменению КОС организма. Длительная потеря солей сопровождается переходом воды из сосудистого русла в клетки, развивается солдефицитная (внеклеточная) дегидратация. В связи с этим значительно уменьшается ОЦК, общее состояние больной прогрессивно ухудшается. Наблюдаются гемодинамические расстройства, резко замедляются процессы образования и выделения мочи. Осмотическая концентрация ликвора повышается, вследствие чего могут развиваться отек мозга и судороги. При прогрессирующем снижении уровня калия в крови усиливается парез кишечника, нарастают расстройства сердечной деятельности. Поэтому одним из важнейших моментов в лечении пациенток с РБ является рациональная инфузионная терапия. Следует помнить, что пероральная регидратация возможна лишь в случаях, когда организм удерживает жидкость, а при рвоте это может оказаться проблемой. Поэтому такой способ восполнения потери жидкости прежде всего актуален при рвоте у беременных легкой степени.

Беременным, страдающим рвотой, показан прием минеральных щелочных вод малыми порциями (по 50–100 мл) 5–6 раз в день. Общий объем потребляемой жидкости должен составлять 2–2,5 л/сут (с учетом объема внутривенной инфузионной терапии, в том случае если она проводится). Вода для питья должна быть слегка теплой (38–40 °С) для облегчения ее всасывания. Не рекомендуется пить жидкость позднее, чем за 30 мин до приема пищи, и в течение 1,5 час после еды. Пациентку важно проинформировать о том, что при правильном питьевом режиме и нормальной работе почек мочеиспускание должно происходить каждые 2–3 час.

Немедикаментозное лечение беременных с рвотой

Учитывая многочисленные проявления нарушений функции органов и систем, развитие которых влечет за собой рвота беременных, иногда целесообразным является использование вспомогательной немедикаментозной терапии. Прежде всего речь идет о физиотерапевтических методах лечения рвоты, таких как электросон, центральная электроаналгезия, игло- и лазерорефлексотера-

пия, гальванизация или диатермия шейных симпатических узлов воротниковой зоны и брюшного сплетения, эндоназальный электрофорез витамина В₁ с новокаином или димедролом. Имеется опыт лечения рвоты у беременных при помощи игло-рефлексотерапии, акупунктуры, акупрессуры, гипнотерапии, но это требует привлечения специалистов редких специальностей. Также используют эфферентные методы лечения (плазмаферез), лечебную физкультуру и психотерапию [6, 15].

Медикаментозное лечение беременных с рвотой

При легкой форме рвоты у беременных медикаментозные средства можно применять перорально. При РБ средней и тяжелой степени препараты вводят только парентерально до появления способности удерживать пищу. В связи с тем, что ранние гестозы развиваются именно в период эмбриогенеза, иногда возникают затруднения в выборе препаратов для медикаментозной терапии. Несмотря на то, что медикаментозное лечение считается достаточно безопасным для плода, в последние годы обсуждается вопрос о тератогенных свойствах применяемых противорвотных препаратов.

Это связано с тем, что в некоторых исследованиях выявлено повышение частоты врожденных уродств плода у пациенток, использовавших указанные препараты, в сравнении с беременными, которые не принимали их. Поскольку достоверные данные о тератогенном воздействии противорвотных средств отсутствуют, следует помнить, что любые из разрешенных к применению во время беременности препараты должны использоваться в минимальных терапевтических дозировках и только после оценки соотношения польза/риск.

Инфузионная терапия. Назначается для устранения кетоза и дегидротации, восполнения ОЦК, нормализации водно-электролитного баланса, ликвидации гипопроteinемии и явлений интоксикации.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1–3 л/сут в зависимости от тяжести состояния и массы тела беременной. Инфузии осуществляют внутривенно капельно ежедневно.

Для ликвидации гипопроteinемии назначают внутривенное капельное введение препаратов L-аминокислот (Аминол) через день. Лечебное действие АК при РГ реализуется с помощью иммунокорректирующего и диффузного механизмов.

При нарушении кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза применяют препарат Содабуфер (буферированный раствор натрия гидрокарбоната, наиболее безопасный препарат натрия гидрокарбоната, за счет того, что не вызывает резких колебаний рН) по 100–150 мл в течение 4–5 дней.

В качестве дезинтоксикационной терапии рационально применять инфузионный препарат Реосорбилакт, он обладает мощным дезинтоксикационным свойством, при этом за 12 лет использования препарата в акушерстве зарекомендовал себя как надежный и безопасный.

Объем инфузионной терапии составляет 2–2,5 л/сут. Критериями адекватной инфузионной терапии служат нормализация показателей гематокрита, тургора кожи, увеличение диуреза, стойкое улучшение самочувствия, прекращение рвоты и постепенное увеличение

Регуляция тканевого метаболизма. Истощение эндогенных запасов углеводов приводит к кетозу. Это состояние связано с угнетением активности ферментных систем тканевого дыхания. Патогенетически обосновано применения Ксилата у данной категории больных для купирования состояния кетоза. Ксилат состоит из пятиатомного спирта ксилита и натрия ацетата. Он быстро включается в процессы метаболизма при его внутривенном введении, 80 % которого утилизируется в печени с образованием гликогена, а остальная часть накапливается другими органами и тканями — почками, сердечной мышцей, поджелудочной железой, надпочечниками, головным мозгом [9–11]. Обладает выраженным, чем глюкоза, антикетогенным и азотсберегающим действием, является источником энергии с независимым от инсулина метаболизмом. Натрия ацетат относится к щелачивающим средствам замедленного действия. Ксилат, также содержит основные катионы — Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} и анион Cl^- , что расширяет терапевтический спектр его действия, что особенно важно для пациентов с дегидратацией.

Улучшение маточно-плацентарного кровообращения и газообмена эмбриона (плода) достигается за счет применения оксигенотерапии, вазоактивных препаратов. В лечении пациенток с ранними гестозами для нормализации процессов перекисного окисления липидов и профилактики вторичной плацентарной недостаточности используют вазоактивные и антиоксидантные препараты (Тивортин, Тивортин аспарат, витамин Е)

Регуляция деятельности ЦНС и блокирование патологического рвотного рефлекса. С этой целью используются следующие группы препаратов:

- витамины группы В (B_1 , B_6);
- антигистаминные препараты — прометазин, дименгидринат;
- прямые антагонисты дофамина — метоклопрамид, домперидон;
- антагонисты серотониновых рецепторов — ондансетрон;
- блокаторы дофаминовых рецепторов — дроперидол, галоперидол;
- глюкокортикостероиды — метилпреднизолон.

Иногда в тяжелых случаях некупируемой рвоты беременным назначают транквилизаторы (триоксазин). При выраженной гиперсаливации применяются М-холинолитики (атропин).

Согласно рекомендациям American College of Obstetricians and Gynecologists (2004, 2009), первой линией терапии при тошноте и рвоте у беременных являются препараты витамина B_6 отдельно или в комплексе с антигистаминным препаратом

доксиламин. По данным В. А. Тутельяна и соавторов (2002), дефицит пиридоксина при беременности проявляется тошнотой, упорной рвотой, снижением аппетита, раздражительностью, бессонницей, а назначение витамина B_6 уменьшает эти явления.

Следует отметить, что вопрос назначения этого препарата при беременности и кормлении грудью решается врачом с учетом соотношения польза/риск индивидуально для каждой пациентки и ребенка (плода).

Терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени тяжести почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 сут служит показанием к прерыванию беременности.

Ведение больных предусматривает определение в динамике следующих показателей: кровь — общий анализ, билирубин, остаточный азот, мочевины, гематокрит, электролиты (калий, натрий, хлориды), общий белок, белковые фракции, трансаминазы, функциональные печеночные пробы, протромбин, сахар, показатели КОС; моча — плотность, ацетон, уробилин, желчные пигменты, белок, суточная экскреция электролитов.

Итак, исходя из нашего обзора, логично предположить, что рациональную инфузионную терапию для ликвидации кетоза, ацидоза, интоксикации и метаболических нарушений следует начинать уже при рвоте средней степени тяжести, т. к. во многих исследованиях достоверно доказано, что в 76 % беременностей у женщин с ранним гестозом беременность протекает с осложнениями: развитием ПД, ЗВУР, преэклампсии, анемии, угрозы прерывания беременности, преждевременного излития околоплодных вод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мурашко Л. Е. Гестоз. Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного: Пособие для врачей. — М., 2000.
2. Стрижаков А. Н. Системные нарушения гемодинамики при гестозах: патогенез, диагностика и акушерская тактика // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 5. — С. 68–70.
3. Шифман Е. М., Тиканадзе А. Д., Вартанов В. Я. Инфузионно-трансфузионная терапия в акушерстве. — Петрозаводск : Изд-во «Интел-Тек», 2001. — 304 с.
4. Токсикозы беременности: Сборник рефератов за 1992–94 гг. — К., 1995. — 80 с.
5. Кустаров В. Н., Линде В. А. Гестоз: патогенез, симптоматика, лечение // СП-б. : Гиппократ, 2000. — 160 с.
6. Венцовский Б. М., Запорожан В. М., Сенчук А. Л. Гестозы вагітних : навч. посібник. — К.: Акот, 2002. — 112 с.
7. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковской. — М. : Медицина, 2000. — 380 с.
8. Медведь В. И., Данилко В. А., Быкова Л. М. Патогенетическое обоснование и опыт применения современных комплексных препаратов у беременных

- с сахарным диабетом // Семейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 13–14.
9. Хижняк А. А., Мушенко В. Е., Козлова Т. В., Сиволов В. Б., Волкова Ю. В., Иевлева В. И. Опыт использования препарата Ксилата в лечении больных с полиорганной недостаточностью // Мистецтво лікування. – 2005. – № 9 (25). – С. 94–95.
 10. Чепкий Л. П. Применение нового инфузионного препарата Ксилат в интенсивной терапии // Мистецтво лікування. – 2005. – № 3. – С. 84–86.
 11. Профилактика репродуктивных потерь и плацентарной недостаточности у беременных с ранним гестозом. Игнатко И. В., Гониянц Г. Г. Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова. Журнал «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии», 2008. – т. 7, № 6.
 12. Радзинский В. Е., Милованов А. П., Ордянец И. М. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. М. : Медицинское информационное агентство, 2004.
 13. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. М. : Триада-Х, 2002. – 304 с.
 14. Brew O., Sullivan M. H. The links between maternal histamine levels and complications of human pregnancy. J. Reprod. Immunol. 2006; 2(2): 32–5.