

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Цхай В.Б.



Реферат «Токсикозы беременных. Классификация. Клиника. Диагностика.
Лечение»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии акушерства
и гинекологии лечебного факультета

Бакунина А.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2021

Оглавление

Оглавление.....	2
Введение.....	3
Этиология.....	3
Классификация	4
Клиническая картина	4
Диагностика	7
Лечение	9
Немедикаментозное лечение.....	9
Медикаментозное лечение	10
Сроки и методы родоразрешения	11
Заключение	11
Источники:	12

Введение

Токсикоз (рвота) беременных – осложнение беременности, которое, как правило, проявляется в первой половине беременности и характеризуется диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

В 50-60% случаев рвоту расценивают как физиологический признак беременности, а в 8-10% - как осложнение (токсикоз). При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть не более 2-3 раз в сутки по утрам, чаще натощак. Однако это не нарушает общего состояния женщины и соответственно лечения не требует. Как правило, по окончании процесса плацентации к 12-13-й неделе тошнота и рвота прекращаются.

Рвоту, которая возникает несколько раз в день независимо от приема пищи, сопровождается снижением аппетита, изменением вкусовых и обонятельных ощущений, чувством слабости, иногда уменьшением массы тела, относят к токсикозам.

Этиология

Существовало множество теорий, пытающихся объяснить механизм развития раннего токсикоза: рефлекторная, неврогенная, гормональная, аллергическая, иммунная, кортико-висцеральная. В патогенезе раннего токсикоза ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности симптомы токсикоза проявляются расстройством функции желудочно-кишечного тракта. Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер (либо из-за изменений в рецепторах матки, либо в проводящих путях), возможны изменения и в самих центрах диэнцефальной области, что может изменить характер ответных эфферентных импульсов. При нарушенной чувствительности системы быстро наступает изменение рефлекторных реакций, нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, гиперсаливация, рвота. Огромную роль в возникновении раннего токсикоза играют нейроэндокринные и обменные нарушения, в связи с этим при прогрессировании заболевания, постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

Классификация

Большинство форм токсикозов сопровождаются диспепсическими расстройствами и нарушениям всех видов обмена. К токсикозам относятся рвота беременных (легкая форма, умеренная, чрезмерная) и слюнотечение (птиализм). Реже встречаются такие формы токсикоза, как дермопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатоз, остеомалация беременных и др.

Клиническая классификация основывается на степени тяжести патологии:

- лёгкая
- средняя
- тяжелая или чрезмерная

Клиническая картина, характерная для каждой степени будет рассмотрена далее.

Клиническая картина

Ранний токсикоз представляет собой сложный симптомо-комплекс, развивающийся в первом триместре беременности и характеризующийся рядом диспептических расстройств: тошнотой, рвотой, гиперсаливацией, снижением аппетита, нарушением вкусовых и обонятельных ощущений. В зависимости от выраженности этих симптомов снижается масса тела, происходят нарушения во всех видах обмена веществ, что приводит к ухудшению функций ряда органов и систем беременной.

Объективные проверенные способы оценки тяжести тошноты и рвоты включают индекс Rhodes и индекс PUQE. Индекс Rhodes первоначально был валидирован для измерения тошноты и рвоты у пациентов, получающих химиотерапию, включая оценку физических симптомов и связанного с этим стресса, но впоследствии был использован для рвоты беременных. Более короткий вопросник по конкретному заболеванию (PUQE) был разработан программой Motherisk в Канаде, который сильно коррелировал с индексом Rhodes. PUQE был изменен, чтобы включить профиль симптомов за предыдущие 24 часа, включая оценку благополучия, которая коррелировала со статусом. Показатель PUQE может использоваться для определения степени тяжести токсикоза как легкой, средней или тяжелой степени тяжести, и может использоваться для отслеживания прогресса в лечении.

Таблица 1. Шкала Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE)

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 баллов – легкая степень рвоты; 7-12 баллов – умеренная рвота; 13-15 баллов – тяжелая рвота.

Жалобы, характерные для трёх степеней токсикоза, следующие:

- при легкой степени - рвота до 4-5 раз в день, тошнота, апатия и снижение трудоспособности
- при средней степени – рвота до 10 раз в сутки и более, слюнотечение, значительная слабость, апатия, запор.
- при тяжелой степени - рвота до 20 раз в сутки и более, обильное слюнотечение, головные боли, головокружение, значительная слабость, апатия, боли в правом

подреберье,

запор.

Объективный статус пациенток с различными степенями токсикоза следующий:

- легкая степень – умеренная тахикардия, артериальная гипотензия.
- средняя степень – сухость кожи, субфебрильная температура тела, тахикардия, артериальная гипотензия.
- тяжелая степень – 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).

Также важно учитывать, что на качество жизни женщины могут отрицательно повлиять тошнота и рвота беременных, и практикующие врачи должны учитывать серьезность симптомов женщины неразрывно от ее качества жизни и социального положения. Врач должен оценить состояние психического здоровья женщины во время беременности и при необходимости обеспечить пациентке психологическую поддержку.

Диагностика

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

1. Исключить другие причины приводящие к развитию рвоты, что нередко требует консультации смежных специалистов.
2. Необходимо исключить признаки чрезмерной рвоты
3. Оценить по шкале PUQE тяжесть рвоты.

Исключить другие причины приводящие к развитию рвоты

Первоначально необходимо 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. Если рвота началась после 10 нед. 6 дн., то это требует пристального изучения, т.к. при таком сроке начала, чаще рвота обусловлена другими причинами.

Кроме заболевания рвоту может провоцировать применение медикаментозных препаратов, из наиболее популярных можно отметить гестагены и препараты железа.

Необходимо исключить признаки чрезмерной рвоты

Если рвота сопровождается потерей массы тела более 5%,, обезвоживанием и электролитными нарушениями, то необходимо говорить о чрезмерной рвоте беременной.

Оценить по шкале PUQE тяжесть рвоты.

Именно на основании оценки PUQE происходит дальнейшее оказание помощи. Эта шкала может быть использована и для оценки состояния пациента в динамике при проведении лечения.

Для определения степени тяжести необходимо клиническое обследование пациентки: исследование общего анализа крови и мочи; определение в динамике гематокрита, содержания в крови билирубина, остаточного азота и мочевины, электролитов (калий, натрий, магний, хлориды), общего белка и белковых фракций,

трансаминаз, показателей кислотно-основного состояния, глюкозы. В моче определяют уровень ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику данного состояния. Рвота также может быть вызвана различными неакушерскими причинами. Распространенной причиной является острый живот (аппендицит, холецистит), развившийся при беременности и сопровождающийся рвотой, но в этом случае пациентки чаще жалуются на боль. Некоторые нарушения ЦНС (мигрень, кровоизлияние, повышенное внутричерепное давление) могут сопровождаться рвотой, но наиболее распространенной жалобой является головная боль или другие неврологические проявления.

Лечение

Следует рассмотреть возможность стационарного лечения, если имеется хотя бы одно из следующего:

- продолжающаяся тошнота и рвота и невозможность подавить их пероральными противорвотными средствами
- продолжающаяся тошнота и рвота, связанные с кетонурией и/или потерей веса (более 5% массы тела), несмотря на пероральные противорвотные средства
- подтвержденная или подозреваемая сопутствующая патология (например, инфекция мочевыводящих путей и непереносимость пероральных антибиотиков).

Немедикаментозное лечение

Режим при ведении данной патологии - лечебно-охранительный, устранение отрицательных эмоций. Пациентку необходимо поместить в отдельную палату. Не помещать в палату двух беременных с рвотой для исключения рефлексорной рвоты.

Диета должна быть представлена легкоусвояемой разнообразной пищей, богатой витаминами. Принимать пищу часто, маленькими порциями. Необходимо ограничить употребление тяжелых для переваривания продуктов – копченостей, жирного мяса, острого и соленого.

Питье щелочное – минеральная вода без газа, травяные чаи, некрепкий чай с лимоном, жидкости комнатной температуры или прохладные.

Имбирь может использоваться женщинами, которые не хотят принимать противорвотные средства при токсикозе легкой и средней степени тяжести. В трех систематических обзорах рассматривалась эффективность имбиря при лечении токсикоза. Один нашел четыре и все показали, что имбирь для перорального приема был более эффективен, чем плацебо, в уменьшении тошноты и рвоты.

При рвоте средней степени тяжести назначают смеси для энтерального питания.

Учитывая небольшой срок гестации, для исключения отрицательного влияния лекарственных средств на плодное яйцо целесообразно немедикаментозное лечение. Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, озонотерапия, иглоукалывание, психотерапия и гипнотерапия. Этих методов лечения может быть

достаточно для лечения пациенток с легкой формой рвоты беременных, а при средней и тяжелой степени они позволяют ограничить объем лекарственной терапии.

Медикаментозное лечение

При рвоте беременных медикаментозное лечение должно быть комплексным:

- препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс;
- инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания;
- препараты, предназначенные для нормализации метаболизма.

Основное правило медикаментозной терапии тяжелой и средней степени рвоты - парентеральный метод введения препаратов до достижения стойкого эффекта.

С учетом срока беременности и безопасности назначают препараты, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики - галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина - тиэтилперазин), а также прямые антагонисты дофамина (метоклопрамид) и препараты центрального действия, блокирующие серотониновые рецепторы (ондансетрон).

Важным звеном лечения считают инфузионную терапию, которая включает применение кристаллоидов и средств для парентерального питания. Кристаллоиды предназначены для регидратации. Для парентерального питания применяют растворы декстрозы, аминокислот и жировые эмульсии общей энергетической ценностью до 1500 ккал в сутки. С целью лучшего усвоения глюкозы вводят инсулин. При снижении общего объема белка крови до 5 г/л показаны коллоидные растворы (например, 5-10% раствор альбумина человека до 200-400 мл).

Наиболее важным вмешательством, вероятно, является адекватное восполнение жидкости и электролитов внутривенно. Нет никаких доказательств, чтобы определить, какой режим жидкости является наиболее подходящим, но, учитывая, что большинство женщин, госпитализированных с токсикозом, имеют гипонатриемию, гипохлоремию, гипокалиемию и кетоз, представляется целесообразным использовать физиологический раствор и хлорид калия. Объем инфузионной терапии составляет 1-3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела больной. Критериями достаточности инфузионной терапии считают уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализацию величины гематокрита и диуреза.

Одновременно с инфузионной терапией назначают препараты, нормализующие метаболизм. С учетом рвоты их целесообразно назначать парентерально: пиридоксин (1

мл 1% и 5% раствора внутримышечно, внутривенно и подкожно по 50-100 мг в сутки в 1-2 приема), аскорбиновая кислота (до 5 мл 5% раствора внутривенно, внутримышечно), эссенциальные фосфолипиды EPL - в/в, медленно, 5-10 мл, для разведения - 5% и 10% раствор декстрозы.

Сроки и методы родоразрешения

Нарастание кетонурии и протеинурии, появление желтушной окраски кожи и склер, повышение температуры тела до субфебрильных значений считают прогностически неблагоприятными признаками, свидетельствующими о неэффективности терапии, что служит показанием для прерывания беременности. Таким образом, показания для прерывания беременности следующие:

- отсутствие эффекта от комплексной терапии на протяжении 3 дней;
- непрекращающаяся рвота;
- нарастающее обезвоживание организма;
- прогрессирующее снижение массы тела;
- прогрессирующая кетонурия в течение 3-4 дней;
- выраженная тахикардия;
- нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория);
- билирубинемия (до 40-80 мкмоль/л), гипербилирубинемия 100 мкмоль/л является критической;
- желтушное окрашивание склер и кожи.

Заключение

В большинстве случаев тошнота и рвота не влияют на течение беременности и рассматриваются как физиологическое состояние. Тем не менее, даже слабо выраженные тошнота и рвота значительно ухудшают качество жизни женщины.

Существуют различия в ведении женщин с различными проявлениями токсикоза, иногда с отсутствием понимания степени тяжести и вариантов лечения и поддержки. Поэтому важно базировать ведение данных пациенток на фактических данных и передовой клинической информации о диагностике и последующем лечении токсикоза как в амбулаторных условиях, так и в стационарах, обеспечивать женщинами с этим состоянием консультирование, адекватное немедикаментозное и медикаментозное лечение, а также психологическую поддержку.

Источники

1. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с
2. Савельева, Г. М. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с. (Серия "Национальные руководства").
3. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline of RCOG No. 69)
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>
4. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Ведение беременных с тошнотой и рвотой // Научное обозрение. Фундаментальные и прикладные исследования. 2017. № №1.
5. Клинические рекомендации МЗ Республики Казахстан «Токсикоз у беременных» от 2014 г.