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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалов Вячеслав Николаевич, ассистент
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 **года обучения по специальности** акушерство и гинекология
Шереметовой Ксении Александровны
(ФИО ординатора)

Тема реферата: Токсикозы беременных. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	—
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	—
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	**Итоговая оценка** *(оценка по пятибалльной шкале)*	4 (хорошо)

Дата: «10» 02 2022 год

Подпись рецензента _____ (подпись) Коновалов В.Н. (ФИО рецензента)

Подпись ординатора _____ (подпись) Шереметова К.А. (ФИО ординатора)

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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
дмн., профессор Цхай В.Б

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

Выполнила:
клинический ординатор
Шереметова К.А

Проверил:
ассистент Коновалов В.Н

Красноярск, 2022г

Содержание

Актуальность

Этиология и патогенез

Классификация

Клиника

Диагностика

Лечение

- Немедикаментозное лечение
- Медикаментозное лечение

Сроки и методы родоразрешения

Заключение

I. Актуальность

Токсикоз (рвота) беременных – сложный клинический синдром, проявляющийся в первую половину беременности. Для данной патологии характерны диспептические расстройства, имеющие значительные последствия для организма: дегидратация, нарушения жирового, белкового, углеводного обменов и электролитного баланса. Если на раннем этапе происходит недооценка состояния беременной, то по мере нарастания тяжести могут наступить дистрофические изменения в печени, почках, головном мозге и других органах, угрожающие развитием критических для жизни состояний. Следует особо отметить, что даже прерывание беременности в такой ситуации может не привести к улучшению состояния, так как по отдельным диагностическим критериям уже невозможно проанализировать степень нарушения системы гомеостаза структур жизненно важных органов

Частота встречаемости ТБ составляет 50–60%, в лечении нуждаются не более 8–10% пациенток. Учитывая схожесть симптомов легкой рвоты беременных и физиологических симптомов беременности, пациентки несвоевременно обращаются за медицинской помощью, врачи неадекватно оценивают степень тяжести заболевания, не проводят полноценное обследование и лечение, с опозданием принимают решение о прерывании беременности. Длительная и частая рвота приводит к быстрому нарушению водно-электролитного баланса, дегидратации, гиперкоагуляции, нарушению функции нервной системы, полиорганной недостаточности, самопроизвольному прерыванию беременности, обострению хронических заболеваний.

II. Этиология и патогенез.

Этиология не определена. Важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. Значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, регулирующие рвотный акт, дыхательный, вазомоторный и слюноотделительный центры, а также ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обусловливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств (усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожного покрова из-за спазма периферических сосудов).

Преобладание возбуждения мозга и ответной вегетативной реакции в подкорковых структурах связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесенные воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими работу рецепторного аппарата матки (вероятно также его повреждение плодным яйцом), что, скорее всего, возможно при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.

В начале беременности вегетативные расстройства одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в частности увеличением концентрации хорионического гонадотропина человека в организме. Доказательством этому служит тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество хорионического гонадотропина человека, рвота беременных возникает особенно часто.

К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относят хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, а также астенический синдром.

В патогенезе рвоты беременных определяющими звеньями считают нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена, частичное (или полное) голодание и обезвоживание. В организме матери при прогрессировании рвоты постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела. При голодании первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем активизируются катаболические реакции (увеличивается жировой и белковый обмен). 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, поэтому в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена - кетоновые тела (ацетон, ацето-уксусная и β - оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой. Кроме того, кетоз поддерживается путем усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается кетонурия, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг кислотноосновного состояния в сторону ацидоза.

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. Первоначально нарушаются белковосинтетическая, антитоксическая, пигментная и другие функции печени, выделительная функция почек; в последующем дистрофические изменения отмечают в ЦНС, легких, сердце.

III. Классификация

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

Различают рвоту беременных:

- легкой
- средней степени тяжести
- чрезмерную

IV. Клиника

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.

Рвота **легкой степени** бывает до 4-5 раз в день и сопровождается почти постоянным ощущением тошноты. Несмотря на рвоту, часть пищи удерживается, и значительного похудания беременных не отмечают. Снижение массы тела составляет 1-3 кг в неделю (до 5% исходной массы). Общее состояние остается удовлетворительным, однако больные могут отмечать апатию и снижение работоспособности. Гемодинамические показатели (пульс, АД) у большинства беременных остаются в пределах нормы. Иногда отмечают умеренную тахикардию (80-90 в минуту), гипотензию. Диурез не изменяется. Ацетонурия отсутствует. Изменений в морфологическом составе крови нет. Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно, поэтому специального лечения не требуется. Однако у 10-15% беременных она усиливается и может переходить в следующую стадию.

Учащение рвоты до 10 раз в сутки и более, ухудшение общего состояния и метаболизма с развитием кетоацидоза свидетельствует о **средней степени тяжести.** Рвота нередко сопровождается слюнотечением, таким образом происходит дополнительная существенная потеря жидкости и питательных веществ. В результате этого прогрессирует обезвоживание и снижение массы тела до 3-5 кг в неделю (6% исходной массы), вплоть до истощения. Общее состояние беременной ухудшается, возникают уже значительная слабость и апатия. Кожа бледная, сухая, язык обложен беловатым налетом, суховат. Температура тела может быть субфебрильной (не выше 37,5 °С), характерны тахикардия (до 100 в минуту) и артериальная гипотензия. Диурез снижен. В моче ацетон определяют у 20-50% беременных. При исследовании крови может быть обнаружена легкая анемия, а анализ кислотно-основного состояния показывает метаболический ацидоз. Нередко отмечают запор. Прогноз при своевременном лечении, как правило, благоприятный.

Для **чрезмерной рвоты (тяжелой степени**), которую отмечают редко, характерно нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений из-за выраженной интоксикации и обезвоживания. Рвоту отмечают до 20 раз в сутки; она сопровождается обильным слюнотечением и постоянной тошнотой. Пища и жидкость не удерживаются. Общее состояние при этом тяжелое. Больные жалуются на головные боли, головокружение. Отмечают адинамию; масса тела быстро уменьшается (до 2-3 кг в неделю, т.е. свыше 10% исходной массы тела). Подкожный жировой

слой исчезает, кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие, изо рта ощущается запах ацетона; температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38 °С; возникают выраженная тахикардия, гипотензия. Резко снижается диурез.

При чрезмерной рвоте в крови повышается содержание остаточного азота, мочевины, билирубина. Характерно увеличение гематокрита и числа лейкоцитов. Одновременно снижается содержание альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В моче определяют белок и цилиндры, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты. Реакция мочи на ацетон резко положительная.

При чрезмерной рвоте прогноз не всегда благоприятный. Признаками угрожающего состояния, определяющими показания к экстренному прерыванию беременности, бывают нарастание слабости, адинамии, эйфория или бред, тахикардия (до 110-120 в минуту), гипотензия (до 90-80 мм рт.ст.), желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье, снижение диуреза (до 300-400 мл в сутки), гипербилирубинемия (в пределах 100 мкмоль/л), повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия.

Степени тяжести рвоты беременных

Симптомы	**Степень тяжести рвоты беременных**		
	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	Более 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)	Более 5 кг (2-3 кг в неделю, свыше 10% исходной массы)
Увеличение температуры тела до субфебрильной	Отсутствует	Наблюдается редко	Наблюдается часто (у 35- 80% пациенток)
Желтушность склер и кожного покрова	Отсутствует	У 5-7% пациенток	У 20-30% пациенток
Гипербилирубинемия	Отсутствует	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухость кожного покрова	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2-3 дня	Задержка стула
Диурез	900-800 мл	800-700 мл	Менее 700 мл
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++(периодически у 20-50% пациенток)	+++, ++++(у 70-100% пациенток)

V. Диагностика

Установить диагноз рвоты беременных несложно. 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. При значительной дегидратации в сгущении крови могут быть ложнонормальные показатели содержания гемоглобина, эритроцитов, белка. Степень обезвоживания определяют по уровню гематокрита. Значение его выше 40% свидетельствует о выраженном обезвоживании.

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

- Исключить другие причины приводящие к развитию рвоты, что нередко требует консультации смежных специалистов.
- Необходимо исключить признаки чрезмерной рвоты
- 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, резвившуюся 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.

Проявления раннего токсикоза беременных необходимо дифференцировать с рядом заболеваний, для которых тоже характерна рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, рак желудка, тиреотоксикоз, нейроинфекция и другие патологические состояния).

VI. Лечение

Проявления раннего токсикоза беременных необходимо дифференцировать с рядом заболеваний, для которых тоже характерна рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит,

панкреатит, желчнокаменная болезнь, рак желудка, тиреотоксикоз, нейроинфекция и другие патологические состояния).

ЛЕЧЕНИЕ. Цель лечения - восстановление водно-солевого обмена, метаболизма, функций жизненно важных органов. Показания к госпитализации. При рвоте легкой степени лечение можно проводить амбулаторно, при рвоте средней тяжести и тяжелой степени - в стационаре.

Немедикаментозное лечение. Очень важна диета. Поскольку аппетит снижен, рекомендуют разнообразную пищу в соответствии с желанием пациентки. Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч, лежа в постели. Показана минеральная щелочная вода без газа в небольших объемах (5-6 раз в день). Назначают также охлажденный отвар имбиря или мелиссы небольшими порциями не менее 1 л в сутки.

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. Эффективно применение гомеопатических препаратов. 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.

Большое значение для нормализации функции ЦНС играют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную желательно поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлекторную рвоту.

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).

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.

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.

VII. 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.

VIII. 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.

IX. Литература

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.
3. Акушерство: национальное руководство / под ред. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. Радзинского В.Е. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 509-519 с.
4. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Ведение беременных с тошнотой и рвотой // Научное обозрение. Фундаментальные и прикладные исследования. 2017. №1.