

БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ

ДО 80% ВСІХ ВАГІТНИХ ЖІНОК ВІДЧУВАЮТЬ ПЕВНІ ФОРМИ НУДОТИ ТА БЛЮВАННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Згідно *International Statistical Classification of Disease* та пов'язаного з нею МКХ-10, блювання вагітних визначається як постійне або надмірне блювання, починаючи з настання клінічної вагітності до кінця 22-го тижня вагітності та поділяється за станом на легке, помірне та надмірне. Захворювання пов'язане з метаболічними порушеннями, такими як вуглеводне виснаження, зневоднення або електролітний дисбаланс.

Упорядник рубрики – Дмитро Коньков

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ

Симптоми	Ступінь тяжкості блювання		
	Легке	Помірне	Важке
Частота блювання на добу	3–5 разів	6–10 разів	11–15 разів та частіше
Частота пульсу на хвилину	80–90	90–100	Більше 100
Систолічний АТ	120–110 мм рт. ст.	110–100 мм рт. ст.	Нижче 100 мм рт. ст.
Зниження маси тіла на тиждень	1–3 кг (до 5% початкової маси)	3–5 кг (1–1,5 кг в тиждень, 6–10% початкової маси)	Понад 5 кг (2–3 кг на тиждень, понад 10% початкової маси)
Збільшення температури тіла до субфебрильних цифр	Відсутнє	Спостерігається рідко	Спостерігається часто (у 35% хворих)
Жовтушність склер і шкірних покривів	Відсутнє	У 5–7% хворих	У 20–30% хворих
Гіпербілірубінемія	Відсутня	21–40 мкмоль/л	21–60 мкмоль/л
Сухість шкірних покривів	+	++	+++
Стілець	Щодня	Один раз у 2–3 доби	Затримка стільця
Діурез	900–800 мл	800–700 мл	Менше 700 мл
Кетонурія	+, ++	+, ++, +++ (Періодично у 20–30% хворих)	+++, ++++ (У 70–100% хворих)

Примітка: +, ++, +++ – ступінь вираженості симптомів.

Клінічно, блювання вагітних є діагнозом виключення, що характеризується тривалою та важкою нудотою і блюванням, зневоднюванням, кетонурією, втратою понад 5% маси тіла.

Блювання вагітних є найпоширенішим показанням для госпіталізації у першій половині вагітності та у якості причини госпіталізації під час вагітності поступається лише передчасним пологам.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ

Фактори, що мають доказову базу		Фактори, що вірогідно пов'язані з блюванням
Попередня вагітність, що ускладнилася міхуровим занеском	BP 3,3; 95% ДІ — 1,6–6,8	<ul style="list-style-type: none"> • Зниження ваги напередодні вагітності • Багатоплодова вагітність • Пієлонефрит • Інфекції сечовивідних шляхів • Депресії або тривоги • Незапланована вагітність • Надмірна вага • Молодий вік • Обтяжливий алергологічний анамнез • Обмежувальна дієта (наприклад, виключення лактози, вегетаріанство або дефіцит поживних речовин) • Фінансові та інші ситуативні стреси • Птіалізм • Культурна ізоляція, віддалення від країни походження, відділення від чоловіка/сім'ї
Друга вагітність (підвищений ризик 15,2%)	BP 26,4; 95% ДІ 24,2–28,7	
Гіпертиреоз	BP 4,5; 95% ДІ 1,8–11,1;	
Діабет	BP 2,6; 95% ДІ 1,5–4,7	
Психічні захворювання	BP 4,1; 95% ДІ 3,0–5,7	
Шлунково-кишкові розлади	BP 1,5; 95% ДІ 1,8–3,6	
Інфекція <i>Helicobacter pylori</i>	BP 3,32; 95% ДІ 2,25–4,90)	
Астма	BP 1,5; 95% ДІ 1,2–1,9	

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ МАЮТЬ БУТИ ВИКЛЮЧЕНІ (ДИФДІАГНОСТИКА)

Синдром подразненого кишківника	Виразкова хвороба
Гепатит	Гормоназалежна пухлина гіпофізу
Порушення обміну речовин (наприклад, діабетичний кетоацидоз, порфірія, або хвороба Аддісона)	Апендицит
Рефлюкс-езофагіт	Гіперпаратиреоз
Гастрит	Гіпертиреоз
Запальні захворювання кишківника	Перекрут кісти яєчника
Холелітіаз	Пієлонефрит
Гастроезофагеальний рефлюкс	Малярія
Доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія	Непрохідність кишечника
	Вестибулярна дисфункція

ПРОФІЛАКТИКА

Їсти невелику кількість їжі кілька разів на день, уникати впливу запахів, харчових продуктів або добавок, які викликають нудоту, особливо жирної або гострої їжі, також пігулок, що містять залізо.

Рекомендовано:

Піридоксин (вітамін В₆) 10–25 мг *per os*
 Доксиламін 12,5 мг *per os*
 Імбир 1–4 г/добу в розділених дозах *per os*



ДІАГНОСТИКА

Клінічні особливості
<ul style="list-style-type: none"> • Сильна блювота або сильна нудота • Слинотеча – нездатність ковтати слину • Зневоднення – втрата тургору шкіри, набряк язика, дихання з запахом ацетону, постуральна гіпотонія, тахікардія • Атрофія м'язів/слабкість
Обстеження
<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка ознак зневоднення – сухість слизових оболонок, концентрована сеча, кетонурія • Запис температури, частоти пульсу, артеріального тиску • Зважити пацієнта • Провести повне обстеження, обстеження очного дна
Клініко-лабораторна діагностика
<ul style="list-style-type: none"> • Аналіз сечі. Кетонурія (ацетонурія) • Якщо глюкозурія та кетонурія – можна запідозрити діабет і виміряти рівень глюкози у крові. • Аналіз крові. Гематокрит зазвичай підвищується • Сечовина та електроліти. При надмірному блюванні вагітних – гіпонатріємія, гіпокаліємія та підвищення у сироватці крові сечовини • Функції печінки. У 50% випадків помірно зростають трансамінази • Функції щитовидної залози. Біохімічний гіпертиреоз • Кальцій (Са). Гіперкальціємія є рідкісною, але потенційно виліковною причиною блювання • УЗД органів малого тазу виключає багатоплодову вагітність/міхуровий занесок • Сироватковий показник хоріон. гонадотропіну людини (ХГЛ) рівнів у якості вихідного, якщо міхуровий занесок запідозрений на УЗД

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦІЇ ВУЗЬКИХ ФАХІВЦІВ

- **терапевт** – з метою виключення супутньої соматичної патології;
- **гастроентеролог** – з метою виключення захворювань шлунково-кишкового тракту;
- **хірург** – з метою виключення гострої хірургічної патології;
- **уролог** – в цілях виявлення обструкції або інфекції сечовивідних шляхів;
- **онколог** – з метою виключення пухлинних утворень шлунково-кишкового тракту;
- **інфекціоніст** – з метою виключення інфекційної патології;
- **ендокринолог** – з метою виключення ендокринної патології;
- **невропатолог** – з метою виключення захворювань нервової системи – спинного і головного мозку, периферичних нервів.

ЛІКУВАННЯ

Цілі лікування: регідратація; корекція електролітного дисбалансу; профілактика ускладнень

I. Корекція дегідратації та електролітних порушень

- лактат натрію (*Hartmanns*) розчин для швидкої початкової гідратації і повільної гідратації. В/в може бути використано 0,9% хлорид натрію для повільної гідратації (протягом 6–8 год.).
- 1 літр протягом 2-х год., а потім 1 л протягом 4 год., а потім 1 л протягом 6 год. і 1 л протягом 8 год.
- Розглянути додавання 20 ммоль хлориду калію.
- Уникати розчини, що містять декстрозу (можуть прискорити розвиток енцефалопатії Верніке), уникати швидкого введення фізрозчину (може призвести до дуже швидкої корекції натрію та стати причиною розвитку центрального понтонного мієлінолізису).

II. Протиблювотні засоби

Якщо немає медикаментозної алергії, призначають кожен з препаратів протягом 24 год., перш ніж перейти

до наступної лінії терапії. Як правило, вагітні жінки потребують комбінації протиблювотних засобів.

Перша лінія

Прометазин перорально *per os*, в/м 25 мг тричі на добу (3 р./д) і/або циклізин *per os*, в/м, в/в 50 мг 3 р./д.

Дименгідринат, 50–100 мг що 4–6 год., перорально або ректально (але не більше 400 мг на добу, доза не повинна перевищувати 200 мг на добу, якщо пацієнт також приймає доксиламін).

Друга лінія

Прохлорперазин в/м 3 р./д 12,5 мг; *per os* 10 мг 3 р./д./трансбукально 3–6 мг; або Метоклопрамід в/м, в/в 10 мг 3 р./д.

Будь ласка, занотуйте:

- **Метоклопрамід та прохлорперазин** можуть викликати екстрапірамідні побічні ефекти (гострі дистонічні реакції, окулогічний криз).
- Термінове лікування – в/в **Проциклідин** 10 мг, який можна

повторити через 20 хв., якщо це необхідно, або аміназін 1 мл в/м + 2 мл кордіаміну.

Третя лінія

Ондансетрон в/м, повільно в/в 4–8 мг; потім *per os* 4–8 мг 2 р./д.

Хлорпромазин в/м 25 мг/ *per os* 10–25 мг 3 р./д.

Четверта лінія

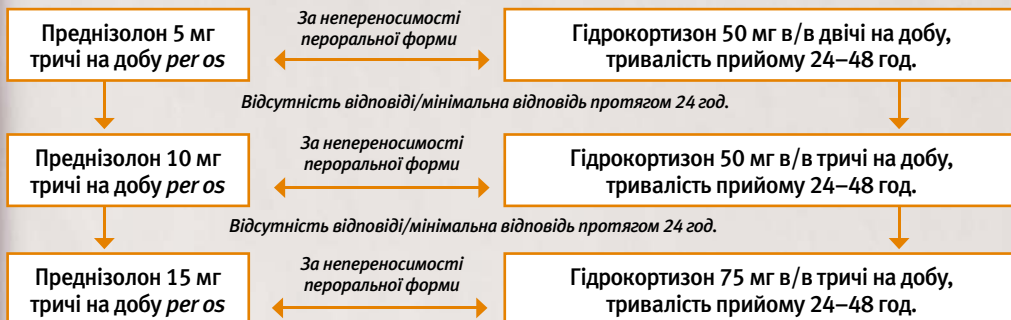
Стероїди

- Розглянути при важкому блюванні вагітних резистентність до попередньої протиблювотної терапії, ≥ 3 кетонурія, >3 госпіталізацій з приводу надмірного блювання.
- рішення має приймати консилиум лікарів.

Після того, як блювання стає контрольованим та споживання їжі відновлюється, продовжити необхідну дозу **преднізолону** 7 діб, потім щотижня варто знижувати дозу по 5 мг у залежності від стану вагітної жінки. Якщо відбувається рецидив блювання – негайно повернутися до попередньої дози.

ПРОТОКОЛ ВВЕДЕННЯ СТЕРОЇДІВ

Діагноз – надмірне блювання вагітних (нечутливість до введення антиеметиків, $\geq 3+$ кетонурія, ≥ 2 госпіталізацій з приводу надмірного блювання вагітних)



III. Вітамінотерапія

Тіамін та високі дози фолієвої кислоти потрібно використовувати у випадках надмірного блювання, або у жінок, які мали повторні (>2) госпіталізацій, щоб запобігти розвитку енцефалопатії Верніке.

- Тіамін 50 мг *per os* або в/в у 100 мл 0,9% NaCl – інфузія 30–60 хв., 1 раз на тиж. до тих пір, доки є парентеральна необхідність у гідратації. Як правило, тяжкість блювання знижується після 12–14 тиж. гестації.
- Фолієва кислота 5 мг щодня однодозово.

IV. Антирефлюксні заходи

Перша лінія – альгірати.

Друга лінія – Ранітидин в/в 50 мг 3 р./д., *per os* 150 мг 2 р./д.

Третя лінія – Омепразол 20 мг 1 р./д.

V. Тромбопрофілактика

- Оцінка ризику розвитку венозної тромбоемболії.

- Компресійні панчохи.
- Підшкірний Еноксапарин, якщо високий ризик розвитку ВТЕ.

VI. Інша тактика

1. Психологічна підтримка.

2. Дієтичні рекомендації при виписці.

Рекомендовані сухе печиво, хліб або пластівці, перш ніж вставати вранці; встати з ліжка повільно та уникати різких рухів.

Пити рідину між прийомами їжі, а не під час їжі, щоб зменшити обсяг споживання.

Уникати жирної або гострої їжі.

Необхідно добре провітрювати кімнату, запобігати розповсюдженню різких та неприємних запахів.

3. Хірургічне втручання – мед. аборт:

За неефективності проведеної терапії вагітність слід перервати.

Рішення про переривання вагітності приймається лише консилиумом: лікуючий акушер-гінеколог спільно з терапевтом, хірургом, онкологом, психіатром і ін. після обстеження пацієнтки в умовах стаціонару.

Показання для медичного аборту:

- безперервне блювання протягом трьох днів в умовах лікування ВРІТ;
- зниження діурезу до 300 мл/добу;
- прогресуюча кетонурія протягом 3–4 днів;
- прогресуюче зниження маси тіла;
- вираж. тахікардія (100–120/хв.);
- порушення функцій нервової системи (адинамія, апатія, марення, ейфорія);
- жовтяничне забарвлення склер і шкіри;
- зміна КЛС, гіпербілірубінемія (до 100 мкмоль/л).

УСКЛАДНЕННЯ НАДМІРНОГО БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ

• Енцефалопатія Верніке
• Порушення електролітного балансу
• Центральний мієліноліз
• Гіповітаміноз B ₁₂ і B ₆
• Mallory–Weiss синдром

• Недоїдання
• Спонтанний розрив стравоходу
• Пневмоторакс
• Травма селезінки

• Гострий тубулярний некроз
• Депресія
• Венозна тромбоемболія
• Коагулопатія



ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ І БЕЗПЕЧНОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Відсутність зневоднення організму (збільшення тургору шкіри, нормалізація величини Ht); нормалізація діурезу (1500–3000 мл); відсутність ацетону в сечі

АМБУЛАТОРНЕ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ (ГІПЕРЕМЕЗИС) У ТЕРМІН ДО 14 ТИЖНІВ

Постановка діагнозу гіперемезис. Кетонурія 3+ або менше

Кетонурія 3+

- Дослідження – середня порція сечі, сечовина та електроліти, загальноклінічний аналіз крові, функціональні проби печінки, дослідження функції щитоподібної залози, Са, УЗД (якщо ще не виконувались раніше)
- Гідратація – (р-н Гартманна) 1 л негайно, потім по 1 л що 2 год.
- Антиеметична терапія
Циклізин 50 мг в/м чи в/в (1 лінія) або прохлорперазин 12,5 мг в/м (2 лінія), або метоклопрамід 10 мг в/м чи в/в (2 лінія)

Кетонурія 1+ або менше

- Виписка з амбулаторним призначенням пероральних антиеметиків: **1 лінія** – циклізин 50 мг 3 р./д. і/або **2 лінія** – прохлорперазин 12,5 мг 3 р./д., або метоклопрамід 10 мг 3 р./д.
- Консультація з приводу харчового раціону
- Пацієнтка отримує консультацію з виклику екстреної медичної допомоги у випадку, коли блювання триває понад 24 год., що вимагає проведення заходів з гідратації і перегляду призначення антиеметиків. Як альтернатива, можливий огляд вагітної сімейним лікарем
- Інформувати Групу підтримки вагітних, які страждають від токсикозу

- Перевірити сечу на кетонурію та переглянути показники крові

- Якщо показник кетонурії 2+ чи більше, або пацієнтка скаржиться на погіршення самопочуття – госпіталізація

