



РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Доцент Попова Л.С.

К токсикозам и гестозам беременных относятся патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ранние сроки беременности, чаще в первые 3 мес., тогда их называют токсикозами.

Для большинства форм токсикозов характерны диспепсические расстройства и нарушения всех видов обмена, для гестозов - сосудистой системы и кровотока.

К токсикозам относятся рвота беременных и слюнотечение (птиализм) – часто встречающиеся ранние токсикозы.

Помимо перечисленных, реже встречаются такие формы токсикоза, как :

- дермопатия (дерматоз) беременных ;
- тетания беременных;
- бронхиальная астма беременных;
- гепатопатия (желтуха беременных);
- остеомалация беременных;

Этиология ранних токсикозов беременных

Этиология ранних
токсикозов беременных
полиэтиологична.

Основополагающей теорией возникновения ранних токсикозов является **нервно-рефлекторная теория**, для которой характерно:

- нарушение взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов;
- преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга);

В указанных подкорковых структурах ЦНС располагаются рвотный центр и хеморецепторной триггерной зоны, регулирующие рвотный акт. Тесное расположение указанных центров рядом с дыхательным, вазомоторным, слюноотделительным, обонятельным центрами обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств:

- усиление саливации;
- углубление дыхания;
- тахикардия;
- бледность кожного покрова вследствие спазма периферических сосудов;

Преобладание возбуждения в подкорковых структурах мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах, нарушающими рецепторный аппарат матки, возможно, также его повреждение плодным яйцом.

Указанное наблюдается, скорее всего, при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.

Вегетативные расстройства в начале беременности одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в частности, увеличением уровня **хориального гонадотропина (ХГ)** в организме.

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

Патогенез рвоты беременных

Определяющим звеном является нарушение **нейроэндокринной регуляции** всех видов обмена вследствие частичного (или полного) голодания и обезвоживания. При прогрессировании заболевания постепенно нарушаются водносолевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен в организме матери на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела.

Вследствие голодания первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем происходит уменьшение эндогенных ресурсов углеводов, активизируются катаболические реакции, в частности, повышаются жировой и белковый обмен.

На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания энергетические потребности организма матери удовлетворяются за счет **анаэробного распада глюкозы и аминокислот**. В этих условиях β -окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена — **кетоновые тела** (ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой.

Помимо этого, **кетоз** поддерживается за счет усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается **кетонурия**, выраженность которой соответствует тяжести метаболических нарушений в организме беременной, у которой наблюдается рвота, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг КОС в сторону ацидоза.

В патогенезе заболевания имеют также значение изменение функционального состояния надпочечников и яичников, нарушения антитоксической, пигментной, белковообразовательной и других функций печени, что сопровождается нарастанием уровня аминокислот крови.

Отмечается выраженное снижение сосудистого тонуса, нарушение водносолевого обмена (гипокалиемия, обезвоживание и др.), понижение оксигенации артериальной крови, сдвиг КЩС в сторону ацидоза, снижение реологических свойств крови.

Основным патогенетическим механизмом развития рвоты беременных является **нарушение нейроэндокринной регуляции** всех видов обмена веществ:

- развиваются изменения водносолевого, углеводного и жирового;
- затем происходят изменения в белковом метаболизме на фоне нарастающего истощения и снижении массы тела;
- отмечаются усиливающиеся проявления полигиповитаминоза;
- артериальное давление снижается, развивается тахикардия;
- Вследствие длительного голодания расходуются запасы гликогена в печени и других тканях, усиливается распад жиров, в крови накапливаются недоокисленные продукты их обмена;
- происходит нарушения метаболизма углеводов сопровождаются развитием кетонемии, в моче появляется ацетон;

Классификация ранних токсикозов беременных

Часто встречающиеся формы:

- ❖ рвоты беременных (легкой степени, умеренная, чрезмерная или неукротимая);
- ❖ слюнотечение (птиализм);

Редко встречающиеся формы:

- ❖ дерматиты беременных;
- ❖ бронхиальная астма беременных;
- ❖ острая желтая дистрофия печени;
- ❖ тетания беременных;
- ❖ Остеомаляция беременных;

I. Период адаптации

II. Клиническое течение:

□ Легкая рвота:

- рвота до 4-5 раз в день;
- постоянное ощущение тошноты;
- значительного похудения не наблюдается;
- уменьшение массы тела составляет 1-3 кг (до 5 % от исходной массы);
- общее состояние удовлетворительное;
- апатия и снижение трудоспособности;
- гемодинамические показатели остаются в пределах нормы;
- ацетонурия отсутствует;
- легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно;

□ Умеренная рвота:

- рвота до 10-15 раз в сутки;
- рвота нередко сопровождается слюнотечением, что определяет существенную потерю жидкости и питательных веществ;
- обезвоживание и уменьшение массы тела до 3-5 кг (6 % от исходной массы) вплоть до истощения;
- возникает значительная слабость и апатия;
- кожа бледная, сухая, язык обложен беловатым налетом, суховат;
- температура тела субфебрильная (не выше 37,5 °С);
- характерно появление тахикардии (до 100 уд/мин.) и гипотензии;
- диурез снижен, в моче может быть ацетон;
- прогноз, как правило, благоприятный **при лечении**;

□ Чрезмерная рвота:

- характерно нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений вследствие выраженной интоксикации и обезвоживания;
- рвота наблюдается до 20 раз в сутки, сопровождается обильным слюноотечением и постоянной тошнотой;
- пища и жидкость не удерживаются;
- общее состояние тяжелое;
- отмечаются адинамия, упадок сил, головная боль, головокружение;
- масса тела быстро уменьшается (до 2-3 кг в неделю, свыше 10% от исходной массы тела). Слой подкожной жировой клетчатки исчезает;
- кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие, изо рта отмечается запах ацетона;
- температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38°C;
- возникают выраженная тахикардия, гипотензия;
- резко снижается диурез;

- В крови повышается уровень:
 - остаточного азота;
 - Мочевины;
 - Билирубина;
 - Гематокрита;
 - отмечается лейкоцитоз;
- В крови одновременно уменьшается содержание:
 - альбуминов;
 - Холестерина;
 - Калия;
 - Хлоридов;
- В моче определяются протеинурия и цилиндрурия, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты, реакция на ацетон резко положительная;
- Прогноз чрезмерной рвоты не всегда благоприятный;

Симптоматика	Степень тяжести беременных		
	легкая	средней тяжести	тяжелая
1. Аппетит	умеренно снижен	значит. снижен	отсутствует
2. Тошнота	умеренная	значительная	постоянная, мучительная
3. Саливация	умеренная	выраженная	густая вязкая
4. Частота рвоты (в сутки)	3-5 раз	6-10 раз	11-15 раз и чаще (до непрерывной)
5. Частота пульса	80-90	90-100	свыше 100
6. Систол. артер. давлен. мм рт. ст.	120-110	110-100	ниже 100
7. Удержание пищи	в основном, удерживается	частично удерживается	не удерживается
8. Снижение массы тела	1-3 кг (до 5% от исходн. массы)	3-5 кг (1 кг в нед., 6-10% исходн. массы)	свыше 5 кг (2-3 кг в нед., св. 10% от исходн. массы)
9. Головокружение	редко	у 30-40% больных (выражено умеренно)	у 50-60% больных (выражено значительно)
10. Субфебрильная температура	-	наблюд. редко	у 35-80% больных
11. Желтушность склер и кожи	-	у 5-7% больных	у 20-30% больных
12. Гипербилирубинемия	-	21-40 мкмоль/л у 20-30 % больных	21-60 мкмоль/л у 20-30 % больных
13. Сухость кожи	-+	++	+++
14. Стул		один раз в 2-3 дня	длит. задержка стула
15. Диурез	900-800 мл	800-700 мл	менее 700 мл
16. Ацетонурия	-	периодически у 20-50%	наблюдается у 70-100% больных

Признаки угрожающего состояния (чрезмерная рвота):

- нарастание слабости, адинамия;
- эйфория или бред;
- тахикардия до 110—120 уд/мин;
- 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;
- в моче определяются: уробилин, желтые пигменты, форменные элементы, реакция на ацетон резко положительная в течение 3-4 дней;

Диагностика

1. Жалобы беременной;
2. Клиническое обследование больной:
 - Общий анализ крови (определение гематокрита);
 - Общий анализ мочи;
 - Биохимический анализ крови (определение содержания билирубина, остаточного азота и мочевины, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка, показателей КОС)
 - Определение в моче уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка;

При значительной дегидратации и сгущении крови могут отмечаться ложнонормальные показатели содержания гемоглобина, эритроцитов, белка.

При этом степень обезвоживания определяют по уровню гематокрита.

Патогенетическая классификация

- Рвота беременных легкой степени соответствует **фазе невроза**;
- Умеренная рвота беременных соответствует **фазе интоксикации**;
- Чрезмерная рвота беременных соответствует **фазе дистрофических нарушений**;

Лечение

Лечение легкой формы рвоты проводится **амбулаторно**. Большое значение придается диете по желанию беременной. При этом пища должна быть легкоусвояемой, с большим количеством витаминов. Принимать ее следует в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч в положении лежа.

Лечение беременных, больных рвотой средней тяжести и с тяжелой формой заболевания проводится **только в условиях стационара** с **раздельным** пребыванием каждой беременной.

Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным:

- Основу терапии рвоты беременных составляет инфузионная терапия;
- Лекарственные средства следует вводить парентерально (до появления устойчивой способности удерживать пищу);
- При госпитализации больную необходимо поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлексорную рвоту;
- Для нормализации функции ЦНС значение имеют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций;

Ингредиенты	Дозировка	
	Смесь № 1	Смесь № 2
Раствор глюкозы 5%	450 мл	900 мл
Раствор Рингер-Локка	450 мл	900 мл
Новокаин 0,25%	100 мл	200 мл
Димедрол 1%	1 мл	1 мл
Мезатон 1%	1 мл	1 мл
Витамины:		
С – 5%	5-6 мл	10 мл
В ₁ – 5%	50 мг	100 мг
В ₂ – 1%	10 мг	20 мг
В ₆ – 5%	50 мг	100 мг

Инфузионная терапия включает в себя:

- Кристаллоиды предназначенные для регидратации (комплексные солевые растворы Рингера—Локка, трисоль, хлосоль) - до 50% от общего объема инфузии
- Коллоиды для дезинтоксикации (гемодез и реополиглюкин) – 10-15% от объема инфузий.
- Для парентерального питания – растворы глюкозы и аминокислот (альвезин, гидролизин). С целью усвоения глюкозы – инсулин в небольших дозах. Объем вводимых препаратов для парентерального питания должен составлять не менее 35—40% от общего объема инфузии.

Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализация величины гематокрита, увеличение диуреза.

На фоне инфузионной терапии назначают препараты, нормализующие метаболизм:

- кокарбоксилазу (0,1 г);
- рибофлавин-монопнуклеотид (1 мл 1 % раствора внутримышечно);
- витамин С (до 5 мл 5% раствора);
- силенин (2 мл внутримышечно);
- перидоксальфосфат (по 2 мл внутримышечно);

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени почти всегда бывает эффективным.

Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 суток является показанием к прерыванию беременности.

Показания к прерыванию беременности

- Появление иктеричности;
- Появление желчных пигментов в моче;
- Олигурия;
- Повышение остаточного азота;

Немедикаментозная терапия

При легкой и умеренной рвоте беременных применяют:

- электроанальгезия с проведением ежедневных сеансов в течение 7-10 дней;
- психотерапевтическое воздействие
- иглорефлексотерапия (7-10 сеансов).

Благодарю за внимание