Чрезмерная рвота беременных

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O21, O21.0, O21.1, O21.2, O21.8, O21.9 · Российское общество акушеров-гинекологов

Чрезмерная рвота беременных — крайняя форма тошноты и рвоты при беременности с потерей массы тела более 5%, обезвоживанием и электролитными нарушениями. Рекомендация описывает диагностику как диагноз исключения, показания к госпитализации и пошаговое лечение: диета, противорвотные препараты, инфузии, тиамин и нутритивная поддержка при рефрактерном течении.

Главное

- Рвота беременных считается патологической при частоте более 2–3 раз в сутки; чрезмерная рвота — длительное течение с потерей массы тела более 5% исходной, обезвоживанием и выраженными электролитными нарушениями.
- Обычная тошнота и рвота при нормальной беременности встречаются у 50–80% женщин, чаще утром и натощак, до 2–3 раз в сутки; медикаментозное лечение при этом не требуется.
- Если рвота впервые появилась с 10 нед 6 дней и позже, она вызвана другими причинами и требует дифференциальной диагностики.
- Критерии чрезмерной рвоты: стойкая тошнота и рвота без другой причины, кетонурия голодания, потеря массы ≥5%, электролитные нарушения, гипертиреоз, нарушение функции печени.
- Тяжелые осложнения у матери включают энцефалопатию Гайе–Вернике, гипокалиемию вплоть до летального исхода, поражения ЖКТ, острую почечную недостаточность, депрессию и психические нарушения.
- Легкую и умеренную тошноту/рвоту ведут амбулаторно; дневной стационар возможен при неэффективности амбулаторного лечения или невозможности принимать препараты и жидкость внутрь. УУР C, УДД 5.
- При сохраняющихся симптомах во II–III триместрах нужен УЗ-мониторинг роста плода; это связано с данными об увеличении частоты низкой массы тела и преждевременных родов.

Диагностика

1. Соберите жалобы: тошнота, рвота более 2–3 раз в сутки, снижение аппетита, изменение вкуса/запаха, гиперсаливация, потеря массы, слабость, головокружение, сухость кожи и слизистых, тахикардия, гипотония, гипертермия, снижение диуреза, запах ацетона.
2. Уточните наследственность, паритет, экстрагенитальные болезни и течение предыдущих беременностей; дебют рвоты с 10 нед 6 дней и позже требует дифференциальной диагностики.
3. Осмотрите пациентку: АД, ЧДД, пульс, температура, при чрезмерной рвоте — пульсоксиметрия; рассчитайте ИМТ, оцените тургор кожи, слизистые, признаки обезвоживания, мышечный тонус, стул, выполните пальпацию живота и акушерско-гинекологический осмотр. УУР C, УДД 5.
4. При умеренной и тяжелой рвоте назначьте билирубин общий и свободный, АСАТ, АЛАТ, ЛДГ, ГГТ, амилазу, мочевину, электролиты — калий, натрий, хлориды, общий кальций, белковые фракции; при чрезмерной рвоте — КОС и газы крови, кетоновые тела в моче, суточный диурез и гидробаланс. УУР B, УДД 3.
5. При инфузионной терапии ежедневно контролируйте калий, натрий, хлориды, общий кальций и мочевину для коррекции электролитных нарушений. УУР C, УДД 5.
6. Всем пациенткам с чрезмерной рвотой выполните комплексное УЗИ органов малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное — для исключения многоплодной, внематочной беременности и гестационной трофобластической болезни. УУР C, УДД 5.
7. Исключайте неакушерские причины рвоты мультидисциплинарно; при необходимости привлекайте терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, инфекциониста, нефролога, хирурга, психиатра или психотерапевта. УУР C, УДД 5.

Лечение

- Рекомендовано соблюдение диеты, режима труда и отдыха, отказ от вредных привычек, избегание перегрева, влажности, резкого света и запахов. УУР А, УДД 2.
- Питание — часто, дробно, малыми порциями мягкой и сухой пищи; исключить острую, копченую, жирную, грубую и горячую пищу. УУР С, УДД 3.
- Для уменьшения симптомов можно включать имбирь в рацион. УУР А, УДД 1; питье — негазированная гидрокарбонатная минеральная вода и прохладные или комнатной температуры жидкости. УУР С, УДД 3.
- Медикаментозно начинайте с монотерапии безопасным и эффективным препаратом. Препарат 1-й линии при легкой и умеренной рвоте — пиридоксин 10–25 мг внутрь 3–4 раза в сутки, максимум 100 мг/сут. УУР А, УДД 2.
- Если пиридоксин неэффективен, используйте доксиламин + пиридоксин: доксиламин 12,5 мг с пиридоксином 10–25 мг внутрь 3–4 раза в сутки. УУР А, УДД 2.
- При острых или длительных приступах возможны антигистаминные: дифенгидрамин 25–50 мг внутрь или 10–50 мг в/в каждые 4–6 ч; дименгидринат ректально 50–100 мг каждые 4–6 ч, максимум 400 мг/сут, а при приеме доксиламина — максимум 200 мг/сут. УУР С, УДД 5.
- При умеренной и тяжелой рвоте назначайте тиамин для профилактики энцефалопатии Гайе–Вернике: 25–50 мг внутрь 3 раза в сутки, или 100 мг внутрь 3 раза в сутки, или 100 мг в/в в 100 мл 0,9% натрия хлорида в сутки в течение 2–3 или 7 дней. УУР С, УДД 4.
- Инфузионная терапия показана при обезвоживании, электролитных нарушениях, невозможности пить и длительной рвоте: солевые растворы/электролиты, общий объем 1000–3000 мл/сут, обычно 3–5 дней под контролем АД, электролитов, гематокрита и диуреза. Перед декстрозой введите тиамин 100 мг парентерально. УУР В, УДД 2; для тиамина перед декстрозой — УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при продолжающейся или рецидивирующей тошноте/рвоте, если нет эффекта от оральных противорвотных средств или их невозможно принимать.
- Госпитализация показана при отсутствии эффекта амбулаторного лечения и невозможности пить жидкость внутрь.
- Госпитализируйте при потере массы тела более 5% исходной на фоне продолжающейся рвоты и кетонурии, а также при чрезмерной рвоте беременных.
- Средняя степень рвоты требует госпитализации при тахикардии более 100/мин, иктеричности кожи и склер, гипертермии, кетонурии или электролитных нарушениях.
- Госпитализация показана при рвоте, продолжающейся после 20 недель беременности, гепатоспленомегалии, болезненности в эпигастрии или сопутствующей патологии, включая другие экстрагенитальные заболевания.

Частые вопросы

Чем чрезмерная рвота беременных отличается от обычной тошноты ранней беременности?

При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть до 2–3 раз в день и не требуют лечения. Чрезмерная рвота сопровождается длительным течением, потерей массы более 5%, обезвоживанием и выраженными электролитными нарушениями.

Когда рвота беременной должна насторожить как не связанная с беременностью?

Если рвота впервые началась на сроке 10 нед 6 дней и позже, в рекомендации указано искать другие причины и проводить дифференциальную диагностику.

Нужно ли лечить транзиторное снижение ТТГ при рвоте беременных?

Снижение ТТГ у части беременных с рвотой расценивается как транзиторный гипертиреоз и лечения не требует. Функция щитовидной железы самостоятельно нормализуется к 20-й неделе беременности.

Какие препараты являются первой линией при рвоте беременных?

При легкой и умеренной рвоте препарат 1-й линии — пиридоксин 10–25 мг внутрь 3–4 раза в день, максимум 100 мг/сут. При неэффективности добавляют комбинацию доксиламин 12,5 мг + пиридоксин 10–25 мг внутрь 3–4 раза в день.

Когда нужен тиамин и почему его вводят перед декстрозой?

При умеренной и тяжелой рвоте тиамин применяют для профилактики энцефалопатии Гайе–Вернике. Перед инфузией декстрозы рекомендуется парентерально ввести тиамин 100 мг, особенно при гипонатриемии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/802-chrezmernaya-rvota-beremennyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/802_1