

## **Препоръки за лечение на хиперемезис гравидарум**

**(експесивно повръщане през бременността)**

Автори: Венета Стойкова, Елена Георгиева, Живка Карагъзова. СБАЛАГ „Майчин дом“

Настоящите Препоръки на БДАГ са съставени и адаптирани според препоръките на Кралския колеж на акушер-гинеколозите, Великобритания (RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists, UK) и на Националния институт за здраве и качествени грижи, Великобритания (NICE – National Institute for Health and Care Excellence, UK). Взети са предвид също препоръките на СЗО, Institute of Obstetricians and Gynecologists - Royal College of Physicians of Ireland и на Европейското дружество по перинатална медицина и на FIGO. Всички те са пречупени през клиничния опит на съставителите, които декларират, че нямат конфликт на интереси.

Настоящите препоръки представляват най-обща рамка, отнасяща се до диагнозата, лечението и превенцията на хиперемезис при бременни, а също – и до поведението преди, по време на и след раждането в тези случаи. Те следва да се прилагат индивидуализирано, като се изхожда от спецификата на конкретните случаи. По преценка на медицинските специалисти и в интерес на бременната и/или плода е възможно да се прилагат и други средства и методи, неупоменати в този документ.

Специалност: Акушерство и гинекология

Ключови думи: бременност, повръщане, хиперемезис, лечение, гадене

Повръщането по време на бременност е чест симптом (50% от бременните), който може да започне още в първите седмици на бременността и обикновено отшумява до 13 – 16 седмица от бременността. *Hyperemesis gravidarum* /HG/ е тежка форма на повръщане по време на бременност, която се характеризира с дехидратация, нередко загуба на тегло и кетонурия. Нейното лечение може да изисква хоспитализация.

Диагноза на повръщане по време на бременността:

Поставя се само когато симптомите започват през първия триместър и са изключени други причини за гадене и повръщане. (НИВО А)

Диагноза на HG:

Поява на признаци на дехидратация, загуба на тегло и електролитен дисбаланс при бременни с гадене и повръщане. (НИВО А)

Поведение:

Подробна анамнеза относно тежестта и продължителността на симптомите, поредността на бременността и повтаряемостта на оплакванията в предишна бременност, както и наличието на придружаващи заболявания, чиято клинична картина включва гадене и повръщане.

Изключване на други причини за повръщане чрез провеждане на допълнителни изследвания и консултации, най-вече в случаите, рефрактерни на терапия.

Лечение:

Бременните с повръщане по време на бременността се лекуват амбулаторно с диетични мерки и антиеметици. (НИВО В)

**Хоспитализация** се обсъжда в случаите на продължаващо повръщане и невъзможност за перорален прием на медикаменти; невъзможност за прием на течности; загуба на тегло и поява на кетонурия и/или електролитен дисбаланс; наличие на придружаващи заболявания (диабет напр.). (НИВО А)

Медикаменти на първи избор са антиеметиците, като най-често използван у нас е Метоклопрамид. Трябва да се има предвид риска от поява на екстрапирамидна симптоматика като страничен ефект от приложението му. Комбинация от медикаменти би следвало да се прилага при пациенти, които не отговарят на самостоятелна терапия.

При бременни с HG се използва парентерално лечение с антиеметици, корекция на електролитния статус и субституция на витамини от група В и С. При необходимост могат да се прилагат и H2 блокери и/или инхибитори на протонната помпа. Необходима е адекватна рехидратация с водно-солеви разтвори.

Уместно е да се оцени и емоционалното състояние на бременната и да се осигури психологическа подкрепа, както и спокойна среда за почивка. (НИВО В)

Прекъсване на бременността се предлага при пациентки с тежък HG с усложнения след изчерпване на всички терапевтични възможности за

повлияване на състоянието на бременната и персистиране на метаболитните нарушения. (НИВО А)

## 1. Въведение

Гаденето и повръщането по време на бременност засягат до 80% от бременните и е една от най-честите индикации за хоспитализация в хода на бременността. За такива, причинени от бременността се приемат случаите, в които не се установяват други причини за настъпване на състоянието. Симптомите обичайно се появяват между 3 и 5 седмици след началото на бременността и в 80% от случаите изчезват между 16 и 20 седмица. НГ е тежката форма на повръщане през бременността, която засяга от 0,3 до почти 4% от всички бременности. Почти 20% от бременните, хоспитализирани през първата бременност заради НГ ще имат нужда от болнично лечение през следваща бременност.

Най-честият етиологичен фактор, който се обсъжда е връзката с нарастващите нива на ЧХГ. Състоянията, свързани с по-високите нива на хормона като многоплодна бременност и трофобластна болест, се свързват с по-тежко протичане на усложнението. Също така отношение имат и нивата на естрогените, прогестерона, както и други, произведени от хориона субстанции. Съществува и връзка между психо-емоционалното състояние на бременната и тежестта на протичане на усложнението - самотни майки, нестабилна връзка, сериозни проблеми в семейството или имигранти са с повишен риск от развитие на хиперемезис. Наличието на придружаващи заболявания като хиертитоидизъм, диабет, предишна моларна бременност или астма увеличават риска от настъпване на разглежданото усложнение.

## 2. Диагноза

Поставя се само когато симптомите се появят в първия триместър на бременността и не се установяват други причини за гадене и повръщане. (НИВО А) Обичайно оплакванията се явяват между 4 и 6 г.с. с пик към 9-10 г.с. и при около 80-90% от жените ще отшумят напълно до 20 г.с. При дълго персистиращи гадене и повръщане, трябва да се изключи наличие на подлежаща етиология/патология.

При затегнато протичане с многократни повръщания, поява на признаци на дехидратация и/или електролитен дисбаланс и загуба на телесна маса се поставя

диагнозата НГ. (НИВОА) Състоянието не е придружено от друга симптоматика: липсват коремни болки, няма промени в дефекацията, няма фебрилитет, главоболие или огнища на неврологично засягане.

### 2.1 Анамнеза

Добре снетата анамнеза е важна за правилната оценка на състоянието на бременната. Необходимо е да се съберат данни в няколко основни насоки:

- Данни за гадене и повръщане в предишна бременност или предходни хоспитализации с подобни оплаквания

- Оценка на броя и интензивността на повръщанията, разпределението им през денонощието, възможността за прием на храна и течности, промяната в телесното тегло
- Наличие на признаци на уроинфекции, оплаквания от страна на стомашно-чревния тракт, симптоми от страна на ЦНС или друга симптоматика, говореща за диагноза различна от повръщане през бременността или HG. (КЛАС 2b)

## **2.2 Клинични симптоми**

Точната преценка на тежестта и клиничното състояние са важни за адекватното лечение и поведение. Прави се оценка на общото състояние на бременната: температура, пулс, артериално налягане, признаци на дехидратация, актуално тегло. При нужда се търсят признаци на други заболявания, протичащи с гадене и повръщане – коремен статус, сукуисио реналис, неврологичен статус. (КЛАС 2b)

## **2.3 Лабораторни изследвания**

Оценка на лабораторните показатели е необходима в тежките случаи с хиперемезис, както и в по-леките, но резистентни на лечение случаи.

Необходими изследвания:

- ПКК и коагулация
- Електролити и киселинно-алкален анализ
- Урина – общо изследване
- Чернодробен профил (трансаминази и билирубин, общ и директен, GGT)
- Кръвна захар, креатинин, урея

При пациентите, чиято бременност не е проследявана до момента, е необходим ехографски преглед за изключване на многоплодна бременност или патология на трофобласта. (НИВО А)

При бременните, рефрактерни на лечение е уместно да се изследват щитовидната функция, разширено изследване на чернодробната функция, амилаза и др.

Повръщането през бременността и HG се асоциират с хипонатриемия, хипокалиемия, увеличен хематокрит с метаболитна хипохлоремична алкалоза и кетонурия. В тежките случаи се развива метаболитна ацидоза. При повече от половината от бременните може да се установи абнормна щитовидна функция в резултат на структурното сходство между ТСХ и ЧХГ. При около 40% от пациентките с HG се установява повишаване на трансаминазите. Билирубиновите нива са леко повишени, но без признаци на жълтеница.

Поведението е систематизирано в таблица 1.

**Анамнеза**

Предишен НГ

Оценка на тежестта: гадене, повръщане, хиперсаливация, загуба на тегло, невъзможност за задръжка на вода и храна, ефект върху качеството на живот

Анамнеза за други причини за повръщане:

- коремна болка
- признаци на уроинфекция
- инфекция
- прием на медикаменти

**Статус**

Температура

Пулс

Артериално налягане

Сатурация

Дихателна честота

Тегло

Признаци на дехидратация

**Изследвания**

Урина:

- кетонурия 1+ или повече

-общо изследване

Урея и електролити:

- хипокалиемия/хипонатриемия
- дехидратация
- бъбречни заболявания

Пълна кръвна картина:

- Инфекция
- Анемия
- Хематокрит

Кръвна захар

Ехография:

- потвърждаване на нормално развиваща се бременност
- изключване на многоплодна бременност или трофобластна болест

При рефрактерни на лечение или предишни хоспитализации:

- изследване на щитовидна функция
- чернодробна функция
- калций и фосфор
- амилаза
- АКС

Таблица 1. Поведение

## 2.4 Диференциална диагноза

Гаденето и повръщането през бременността се диагностицират след изключване на друга подлежаща патология и на базата на скорошната проява, както и с подобрението, което обикновено се наблюдава с напредване на гестационния срок.

В случаите, в които симптоматиката персистира без подобрение след 10 – 12 г.с., трябва да се направят допълнителни изследвания, за да се изключи наличието на придружаваща патология, независима от бременността. За отхвърляне на подлежащо заболяване, трябва да се отдиференцират признаци и симптоми като повръщания на жлъчни сокове, коремни болки, фебрилитет, главоболие, диарични изхождания, неврологична симптоматика, левкоцитоза, хипертония.

По-долу са резюмирани причините, които най-често могат да доведат до повръщане, което НЕ е предизвикано от бременността /Табл.2/:

### Медикаментозни

- Химиотерапия
- Обезболяващи медикаменти (aspirin, НСПВ, антиуремични)
- Сърдечно съдови (дигоксин, антиаритмични, антихипертензивни, бета блокери)
- Диуретици
- Хормонално лечение (progesteron)
- Антибиотици/антивирусни средства (erytromicin, сулфонамиди, туберкулостатици, Acyclovir)
- Стомашно-чревен тракт (sulfasalazin, azathyoprin)
- Никотин
- Психотропни (наркотични аналгетици, антипаркинсонови, антоконвулсанти)
- Астма (theophylin)
- Алкохол
- Хипервитаминоза

### Инфекциозни

- Гастроентерит (вирусен/ бактериален произход)
- Негастроентерологични (otitis)

### Гастроинтестинални

- Механичен илеус
- Нарушения в мотилитета
- Псевдообструкция
- Диспепсия
- Органични причини (аденокарцином на панкреаса, пептична язва, холецистит, панкреатит, хепатит, болест на Crohn, мезентериална исхемия, ретроперитонеална фиброза)

### Неврологични

- Мигрена

- Повишено вътречерепно налягане (кръвоизлив, тумори, абсцес, менингит)
- Епилепсия
- Демиелинизиращи заболявания
- Облъчване на главата
- Психогенни (тревожност, депресия, anorexia nervosa, bulimia nervosa)

#### **Ендокринологични**

- Уремия
- Диабетна кетоацидоза
- Хиперпаратиреоидизъм
- Хипертиреоидизъм
- Болест на Addison
- Порфирия

#### **Разни**

- Синдром на цикличните повръщания
- Ишемична болест на сърцето
- Недохранване
- Лъчетерапия на коремната област.

**Табл. 2** Диференциална диагноза

### **3. Поведение и лечение**

#### **3.1 Повръщане (емезис)**

Бременните с гадене и повръщане се лекуват амбулаторно с антиеметици. (НИВО В)

Поведението зависи от тежестта на симптомите, дехидратацията и загубата на тегло. То включва диетични мерки, промени в стила на живот, употреба на медикаментозни средства или включително хоспитализиране с цел стабилизиране на състоянието и парентерална рехидратация. Важно е да се отчете до каква степен е засегнато качеството на живот на пациента и да се направи опит за промяна на факторите на средата, които обуславят влошаване на симптомите, адекватна хидратация и намаление на последствията за майката и плода.

Съществуват няколко стратегии за превенция на гаденето и повръщането у бременните в първи триместър:

- Комплекси от витамини, които съдържат фолати, особено в случаите с анамнеза за засягане в предишни бременности. По възможност приемът да се започне преди началото на бременността.

- Чести хранения с поемане на малки количества храна (избягване на мазни и пикантни храни)

- Избягване на продължителните гладувания (чувството на глад може да задълбочи симптоматиката)

- Прием на течности 30 минути преди или след приема на твърда храна, за избягване на чувството на "препълнен стомах".

- Джинджирил: под формата на чай или като добавка към сокове, салати.
- Антиациди като добавка към антиеметичното лечение, води до намаляване на нужната доза и честотата на употреба на други медикаменти в значителна степен.

### 3.2 Хиперемезис гравидарум

Хоспитализация трябва да се обсъжда в случаите, в които се наблюдава някое от следните състояния (НИВО В):

- Продължаващото повръщане възпрепятства приема на антиеметици
- Продължаващото повръщане е асоциирано с кетонурия и/или загуба на тегло, независимо от приема на антиеметици
- Подозирано или доказано придружаващо състояние/заболяване

Жените с повтарящи се повръщания, независимо от адекватното амбулаторно лечение, е по-добре да се лекуват в стационар, поради по-високата честота на усложнения и електролитен дисбаланс. Бременните с тежък НГ, който не се поддава на лечение, особено тези с усложнени форми, е уместно да бъдат хоспитализирани в болници от трето ниво.

## 4. Най-често използвани медикаменти

### 4.1 Антиеметици

#### 4.1.1 Допаминови антагонисти

Влияят върху допаминергичния механизъм за въздействие върху стомашния мотилитет. **Metoclopramide** 3x5-10 mg/d. Парентерално или перорално приложение на таблетки, по възможност 30 мин преди хранене и/или сън. Този медикамент може да предизвика екстрапирамидална симптоматика (спазми на лицевата мускулатура, шията и езика), но има безопасен профил за плода. Честотата на тези симптоми е по-малка при приложението на **Metoclopramide** в сравнение с **Promethazine**. При бременни с анамнеза за екстрапирмидна симптоматика този медикамент не трябва да се прилага. (НИВО С)

#### 4.1.2 Антихистамини (H1 блокери)

Действат на принципа на обратния агонизъм като се свързват към хистаминовите рецептори без да ги активират. **Promethazine** 12.5–25 mg 4–8 h перорално или интрамускулно. Интравенозното приложение е забранено – риск от гангрена на крайника. **Dimenhidrate** 4-6x50-100 mg перорално или ректално. Максимална доза 400 mg/ден. Ако пациентката е на лечение с Доксиламин, дозата на **Dimenhidrate** не бива да превишава 200 mg/ден. Медикаментите от тази група са с добър профил на безопасност, поради което в някои държави те са медикаменти на първи избор за лечение на гадене и повръщане през бременността. По-често срещаните странични реакции на медикаментите от тази група са седация, сухота в устата, главоболие,



световъртеж, задръжка на урина и обстипация. Има, макар и недостатъчни, данни за безопасността и на селективните H1 блокери какъвто е **Cetirizine**, но за момента те не се използват широко.

#### 4.1.2 Ondansetron

Поради недостатъчно голям брой рандомизирани проучвания, потвърждаващи безопасността Ондансетрон е медикмент на втори избор за лечение на HG (НИВО С). Дозировка 4-8mg венозно или перорално през 8-12 часа. Селективен 5HT3 рецепторен агонист. Медикамент на втори избор за бременните, рефрактерни на конвенционална терапия. По-ефективен е от метоклопрамида, но поради резултатите от няколко проучвания, които показват леко повишен риск от сърдечно-съдови аномалии на плода като ASD, не е одобрен като антиеметик на първи избор. Най-честите странични действия са главоболие, отпадналост, обстипация. **Ondansetron** може да доведе до скъсяване на QT интервала, особено при пациенти с рискови фактори за аритмия като синдром на дългия QT интервал, хипокалиемия, сърдечна недостатъчност, прием на други медикаменти, удължаващи QT интервала. При тези пациенти се препоръчва ЕКГ мониториране и контрол на електролитите. Серотониновият синдром е потенциално животозастрашаващо състояние при пациенти, приемащи серотонинергични медикаменти, който се изяснява с повишена серотонинова активност в централната нервна система.

#### 4.1.3 Глюкокортикостероиди

Провеждат се кратки курсове с глюкокортикостероиди при жени, рефрактерни на конвенционалното лечение, като се вземат предвид страничните действия и контраиндикациите за употребата им в общата популация. (НИВО В) Проучвания показват леко увеличаване на риска от вродени лицеви цепки при приложението на кортикостероиди преди 10 г.с., поради което се препоръчва да не се употребяват преди този срок. Прилаганите дозировки са **Methylprednisolone** (16 mg) венозно на 8 часа за 48 до 72 часа. Алтернатива е **Hydrocortisone** 100 mg венозно 2 пъти дневно. При липса на ефект след 72 часа се спират, а при добър отговор и подобряване на симптоматиката могат да се прилагат до 2 седмици. След венозното лечение с продължава с перорален **Prednisolone** в намаляващи дозировки за още 2 седмици. Употребата на стероиди води до хипергликемия, поради което прилагането им при бременни с диабет трябва да става при постоянен контрол на кръвната захар.

#### 4.1.4 H2 блокери

Ранатидин, Фамотидин в обичайната си дозировка перорално или парентерално имат безопасен профил на употреба по време на бременност. Използват се като допълваща терапия за намаляване на ацидитета при жени с оплаквания като рефлукс и болка в епигастриума.

Ако клиниката персистира въпреки приложението на 2-3 медикамента и пациентката не толерира орален прием на течности и храни през последните 24 часа, или се регистрират изменения в лабораторните показатели (нарушения на

електролитния баланс и/или хемоконцентрация, кетонни тела в урината), хоспитализацията и започване на парентерална рехидратация и лечение са е задължителни.

#### **4.1.5 Вливания**

Няма изработен точен режим за венозни инфузии на водно-солеви разтвори. (НИВО В) Физиологичен разтвор 2-3x500ml, редуващ се с Ringer или Серум глюкозе 3x500ml, до коригиране на електролитните нарушения. Ако състоянието на пациентката налага заместване с течности за повече от 24 часа и повръщанията продължават, се препоръчва добавяне на вит В1 (тиамин) интравенозно в доза 100 mg/d за 2-3 дни (1 амп - 100 mg/d). Ако лечението продължава по-дълго е уместно приложението на тиамин да се повтаря ежеседмично. Трябва да се има предвид, че приложението на глюкозни разтвори без субституция с витамин В1 увеличава риска от развитие на енцефалопатия, особено при бременните с диабет.

При пациентки с нарушена йонограма се препоръчват вливания от 10-20 mEq KCl във всеки Серум глюкозе през първите 24-48 часа или до корекция на нарушенията. Инфузията трябва да е с малък дебит за да се избегне риск от предозиране. Правилната рехидратация може да се демонстрира с подобряване на диурезата до поне 100 ml/h. Рехидратацията води до подобряване на симптомите в рамките на първите 48 часа. Намалването на кетотелата в урината е добър признак за адекватност за провежданата осмо-онкотерапия. Проследяването на нивата на електролитите е важно за адекватната корекция на хипокалиемията и хипонатриемията. Уместно е инфузионната терапия да се съгласува със специалист по вътрешни болести и/или анестезиолог-реаниматор. (НИВО В)

**4.1.6 Ентерално и парентерално хранене** - жените, рефрактерни на всички други фармакологични и нефармакологични интервенции са показани за ентерално или парентерално хранене, чиято продължителност зависи от състоянието им. (НИВО D) Ентералното хранене в ранна бременност води до намаляване на майчината перинатална заболеваемост. Не е определено точното време за започване на парентералното хранене, решението се взема на базата на клиничната преценка за всяка бременна. Състоянието на бременната се обсъжда съвместно с анестезиолог-реаниматор и при индикации и други специалисти.

#### **5. Усложнения**

Повтарящите се епизоди на повръщане могат да доведат до развитие на гастро-езофагеален рефлукс, езофагит или гастрит. Провеждането на гастроскопия е безопасно по време на бременността и е уместно при бременни с хематемеза или силна епигастрална болка. Необходимостта от подобно изследване се решава от гастроентеролог. За лечение на тези състояния могат да се използват както H2 блокери, така и инхибитори на протонната помпа. (НИВО D)

Енцефалопатията на Wernicke е резултат от дефицита на витамин В1 (thiamine). Тя обичайно се проявява със замъглено зрение, объркване и

нарушение в съзнанието и паметта, при преглед се установява нистагъм, офталмоплегия, хипо- до арефлексия, атаксия. При НГ обичайно началото е бавно и протича с пристъпи на влошаване. Състоянието е потенциално животозастрашаващо, но с навременно лечение е обратимо. Някои проучвания съобщават за почти 50% загуба на бременността. Поради сериозността на усложнението, всички бременни с протрахирано повръщане трябва да получават суплементация с витамин В1. Приложението на глюкозни и декстрозни разтвори без субституция на витамин В1 увеличава риска от развитие на енцефалопатия.

По-рядко наблюдавани усложнения са острата тубуларна некроза, миелолиза, пневмомедиастинум и авулзия на слезката.

Не бива да се подценява и влиянието върху психиката – депресия, тревожност, и намалена трудоспособност се наблюдават често при бременни с тежък НГ. Липсата на подкрепа на работното място и в семейството е свързана с по-тежко и протрахирано протичане на състоянието.

При бременни с данни за усложнения и признаци на тежка метаболитна ацидоза в съображение влизат следните мерки (НИВО В):

- Контролиране на дишането, кръвообращението и водно-електролитното равновесие.
- Поставяне на уретрален балон – катетър за балансиране на вноса на течности (под антибиотична защита).
- Централен венозен катетър за измерване на ЦВН.
- Редовни лабораторни контроли (кръвна захар, К и АКС на всеки 2 часа).
- Корекция на дехидратацията - интравенозна хидратация:
  - Sol. Glucosae 5%; NaCl 0,9%; Plasmalyte, Sterrofundin  
I час – 1-3 l.  
II час – 1 l.  
III час – 500 ml/h, след което 250 ml/h.
  - Интравенозна инфузия на: 5% Sol. Glucosae + 6UI Insulin или 10% Sol. Glucosae + 12 UI Insulin. Риск от хипокалиемия: интравенозна инфузия на KCl 20 mmol/h.
  - Корекция на натриевия и хлорния дефицит:

Na – дефицит = kg x % телесна вода x (прицелна стойност на Na - измерена стойност на Na). Скорост на инфузия: 0,5 – 1,5 mEq/l/h.

Cl – дефицит = 0,3 x kg x (100 - плазмен Cl).

- Корекция на АКС: при тежка ацидоза: pH < 7,1.  
Формула на Аструп  
 $\text{NaHCO}_3 = 0,3 \times \text{kg} - \text{BE}$   
Започва се 1/2 или 1/3 от изчислената доза.
- Когато е налице хиперкалиемия, съпътстваща ацидозата:
  - Furanthril 20-40 mg i.v.
  - Sol. Glucosae 5-10% + Insulin

- Ca-gluconate i.v.
- Диализа при серумен  $K > 6,5 - 7$ .
- Антикоагулантна и антибиотична профилактика.

При персистираща въпреки адекватната терапия дихателна недостатъчност: ендотрахеална интубация и ИБВ.

Лечение в Интензивно отделение се обсъждат бременните с НГ, при които се установява тежки нарушения в електролитния баланс; имат нужда от ентéralно или парентерално хранене; персистира метаболитна ацидоза и кетоацидоза и могат да се нуждаят от подпомагане на дишането и прецизно мониториране на жизнените функции. (НИВО В)

#### **б. Прогноза и последващо поведение**

При над 50% от бременните симптомите ще изчезнат до 16гс, а до 20гс процентът ще е 80. Все пак при около 10% от пациентките с НГ ще се наблюдава персистиращо гадене или повръщане до края на бременността. (НИО А) Не се наблюдава увеличаване на честотата на вродените аномалии на плода при бременни, имали повръщане в първия триместър на бременността, независимо от тежестта и проведеното лечение. Също така не се наблюдава разлика в теглото на плода при раждането, както и средната възраст на родоразрешение при бременните с НГ, при които има нормално надаване на тегло. Бременните с тежко повръщане, които изискват множество хоспитализации, които не успяват да наваксат тегло, имат по-голям риск от предтерминни раждания и ниско тегло на плода при раждането. Този риск е най-значим при жените, които наддават по-малко от 7 килограма за цялата бременност.

За дехоспитализация са подходящи жените, които имат не повече от 1+ кетони в урината, нямат отклонения в лабораторните показатели и/или субективни оплаквания и могат да приемат храна и течности без да повръщат. (НИВО А)

При изписването бременните трябва да бъдат посъветвани да продължат антиеметичната терапия и спазването на диетичен режим. Също така трябва да бъдат посъветвани да потърсят помощ при нова проява или влошаване на симптомите на гадене и повръщане с поява на признаци на дехидратация. По-ранното подновяване на лечението може да намали необходимостта за рехоспитализация и да доведе до по-бързо подобрене на симптомите. Важно е бременните да бъдат наясно с безопасността на провежданото лечение по отношение на плода.

По литературни данни в около 10% от бременните с тежък НГ се стига до прекъсване на бременността поради липса на ефект от лечението. Прекъсване на бременността трябва да се обсъжда след изчерпване на всички терапевтични възможности, включително антиеметици, стероиди, парентерално хранене и корекция на електролитите. Уместно е провеждането и на психиатрична консултация при взимането на решение за прекъсване. Решението е добре да е мултидисциплинарно, с адекватно документирана липса на ефект от

провежданото лечение. На бременната е уместно да се предложи психологическа консултация и подкрепа. У нас индикациите за прекъсване на бременността са разгледани в Наредба 2 на МЗ от 1990 година. (НИВО А)

В следваща бременност НГ се повтаря в почти 80% от случаите. Започването на адекватно лечение още преди значително влошаване на симптомите в тези случаи води до значимо подобряване на прогнозата.

## БИБЛИОГРАФИЯ

The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No. 69). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 22 June 2016

Clinical practice guideline hyperemesis and nausea/vomiting in pregnancy. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version 1.0 Publication date: Nov 2015 Guideline No: 12 Revision date: Nov 2018

WHO recommendation on interventions for the relief of nausea during pregnancy. 28 March 2018

Hyperemesis in Pregnancy. SA Maternal & Neonatal Clinical Network Contact: South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup. 22 Nov 2011

Hyperemesis gravidarum in pregnancy. Clinical guidelines. Mid Essex hospital services. Register No: 10099. 4 June 2017

Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD010607.