

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
ЛЫЗИКОВ Н.Ф., ЭСТРИН А.М., ГУРКОВСКАЯ О.К., БАРЫШЕНКО Е.Н.,
РОМАНОВ В.В.
г.Витебск

Степень тяжести позднего токсикоза беременных мы определяли по шкале Виттлингера, в которой выраженность основных симптомов заболевания оценивается в баллах. При сумме баллов от 2 до 10-токсикоз считается легким, от 10 до 20 баллов - средней тя-

жести и выше 20 баллов - тяжелой степени.

Под нашим наблюдением в 1974-1975 гг. находилось 100 женщин, страдающих тяжелой формой позднего токсикоза во время беременности и родов. Из них у 4 была эклампсия (36-42 балла), у 7 - преэклампсия (28-32 балла) и у 89 - тяжелой форма нефропатии (21-28 баллов). Переобереченных было 71, повторнородящих - 29. Тяжелая форма позднего токсикоза развилась у 2 женщин при беременности до 28 недель, у 9 - 28-32 недели, у 13 - 33-36 недель и у 76 - 37-40 недель беременности. Сочетанный токсикоз наблюдался у 17 женщин.

Комплексную терапию больных тяжелыми формами позднего токсикоза беременных проводили в палатах интенсивной терапии, где принцип интенсивного лечения органически сочетался с интенсивным наблюдением, в котором принимали участие акушер-гинеколог и анестезиолог-реаниматолог. Основным принципом интенсивной терапии тяжелых форм позднего токсикоза беременных является создание лечебно-охранительного режима.

При лечении 52 больных тяжелыми формами позднего токсикоза во время беременности мы применили для создания длительного лечебно-охранительного режима и нейровегетативной блокады комбинацию нейролептических (дроперидол), транквилизаторных (седуксен), антигистаминных (димедрол, пипольфен, супрастин) средств на фоне виадрилового наркоза. Это позволило полностью отказаться от мощных ингаляционных анестетиков (эфир, фторотан) и получить управляемое состояние нейролепсии и вегетативной блокады. На этом фоне, с учетом особенностей течения токсикоза у каждой беременной, применялась гипотензивная, дегидратационная, дезинтоксикационная и корригирующая терапия.

В качестве гипотензивных средств использовались как вещества центрального гипотензивного действия (дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин), так и периферического действия (арфонад, гигроний, бензогексоний). Необходимо отметить, что если арфонад (гигроний) при токсикозе во время беременности мы применяли редко (12 раз), то бензогексонии чаще (в 48) комбинировали с дроперидолом и пипольфеном.

Дегидратационная терапия проводилась под строгим контро-

лем за введением и выведением жидкости. Она заключалась в применении препаратов, устраняющих спазм сосудов почек и увеличивающих клубочковую фильтрацию (эуфиллин, новокаин, глюкоза), а затем салуретиков (лазикс), вводимых многократно (через 3-6 часов до 80-160 мг за сутки). Маннитол применялся 18 раз при сохраненном, но уменьшенном диурезе и относительном эффекте от введения мочегонных.

Дезинтоксикационная терапия заключалась во внутривенном введении высокомолекулярных растворов поливинил-пирролидона (неокомпенсан, гемодез) или коктейля, состоящего из 500 мл 20% раствора глюкозы с добавлением витамина B_6 5% раствор 3 мл, 5% раствора аскорбиновой кислоты до 10 мл, кокарбоксилазы 150 мг, инсулина 24 ед., коргликона 0,06% раствора 1 мл. С целью дезинтоксикации, улучшения реологических свойств крови и состояния микроциркуляции, нарушенной при позднем токсикозе, применяли **реополиглюкин-новокаиновую смесь** (400 мл реополиглюкина + 100 мл 0,25% раствора новокаина + 20 мг лазикса + 2 мл 2,5% раствора пипольфена).

Для коррекции гипопроteinемии назначали растворы альбумина, плазму, протеин, желатиноль и др. Для поддержания нормального кислотно-щелочного равновесия (КЩР) применяли 4-7% раствор гидрокарбоната натрия. Такая комплексная терапия продолжалась в течение 2-5 дней в сочетании с общегигиеническими мероприятиями, назначением витаминов, ингаляций кислорода до стойкого исчезновения **объемозговых** симптомов, стабилизации АД, исчезновения отеков, коррекции метаболических сдвигов и восстановления нормального диуреза.

Комплексная терапия больных тяжелыми формами позднего токсикоза в родах принципиально не отличается от лечения этих больных во время беременности, однако имеет свои особенности:

а) необходимость соблюдения поэтапной длительной анальгезии, ее углубления по мере развития родовой деятельности и снятия болевого синдрома. С этой целью нами применялась комбинация транквилизаторных и нейроплегических средств со спазмолитиками, промедолом, ингаляциями закиси азота, декомпрессионным обезболиванием у всех женщин;

- б) более широкое применение управляемой ганглионарной блокады с помощью арфонада в конце первого и втором периоде родов. Это позволило у 96 женщин роды закончить самопроизвольно и только у 6 рожениц прибегнуть к акушерским щипцам;
- в) проведение мероприятий по профилактике внутриутробной асфиксии плода и послеродовых гипотонических кровотечений.

Более сложным является ведение родов у больных эклампсией. купирование судорожного припадка у наших больных производилось внутривенным введением 10 мг дроперидола с пипольфеном 2,5% раствора 2 мл и промедолом (2% раствор 1 мл). Это позволяло вызвать состояние нейролептанальгезии и на ее фоне проводить дальнейшую терапию. У 2 больных для купирования припадков эклампсии внутривенно вводился 2,5% раствор тексенала 6-10 мл. В дальнейшем состояние наркотического сна поддерживалось внутривенным введением виадрила "Г" по 250-400 мг на 0,2% растворе новокаина. Две больные эклампсией переводились на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Показанием для ИВЛ явились нарастающие симптомы дыхательной и сердечной недостаточности, длительное коматозное состояние и в одном случае необходимость последующего оперативного вмешательства. Больная с преэклампсией и тромбозом средней мозговой артерии находилась на ИВЛ 26 часов с одновременным проведением кранио-церебральной гипотермии (аппарат "Холод-2Ф"), управляемой гипотонии, гемодилюции и гипокоегуляции.

Проведение комплексной интенсивной терапии больных тяжелыми формами позднего токсикоза во время беременности позволило у всех женщин довести беременность до жизнеспособного плода, 91 женщина родила в срок, 2 - в 34-35 недель и 6 - в 32-33 недели беременности. Из 103 родившихся детей (3 родов двойней) было 3 мертворожденных, причем все они погибли автоматически при сроке беременности 28-33 недели.

Среди 92 детей, родившихся от матерей с тяжелой формой преэклампсии, 10 были в состоянии легкой асфиксии (6-5 баллов по шкале Апгар), 4 - в состоянии тяжелой асфиксии (4 и ниже баллов) и 3 мертворожденных. Из родившихся от матерей с преэклампсией один ребенок был в легкой асфиксии, другой - в тяжелой и один мертворожденный. При эклампсии у матери двое детей роди-

лись в тяжелой асфиксии и один мертворожденный. Всех детей, родившихся в состоянии асфиксии, удалось оживить. Смертности новорожденных не было. Таким образом, современная комплексная терапия больных тяжелыми формами позднего токсикоза беременных позволяет существенно улучшить результаты лечения этой патологии, устранить материнскую и значительно снизить перинатальную смертность.