

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

РЕФЕРАТ

ТЕМА: Токсикозы Беременных

ВЫПОЛНЯЛ(А): Фахриев Н.

САМАРКАНД-2016

Токсикозы Беременных

Токсикозами беременных называются заболевания, возникающие в связи с развитием плодного яйца и характеризующиеся весьма многообразными симптомами, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы. сосудистые расстройства. нарушения обмена веществ. По сроку возникновения и клиническим проявлениям принято подразделять токсикозы на 2 группы: ранние (рвота беременных, гиперсаливация, дерматозы. гепатопатия, невроз психопатия и др.) и поздние гестозы водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, эклампсия) . В особую группу выделяют редкие формы токсикозов гепатопатию (токсическая желтуха) , острую дистрофию печени, тетанию беременных, хорею беременных, остеопороз, артропатию. Ранние токсикозы характеризуются обычно обезвоживанием организма. Поздние токсикозы (ОПГ гестозы) чрезмерным накоплением жидкости в тканях.

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ

рвота беременных наиболее часто встречающаяся форма токсикоза первой половины беременности. К факторам, предрасполагающим к развитию рвоты беременных, относятся хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, генитальная гипоплазия, астенический синдром, нарушение рецепторной функции матки и т.д. Ведущая роль в патогенезе отводится нарушению функционального состояния ЦНС. Различают рвоту беременных легкую, средней тяжести и тяжелую. Тяжесть заболевания зависит от степени нарушения водно-солевого, углеводного и жирового обменов. кислотно-основного и витаминного баланса. функций желез внутренней секреции.

Легкая рвота повторяется несколько раз в день, в основном после приема пищи и по утрам. Общее состояние почти не страдает, артериальное давление неустойчиво, пульс слегка учащен до 90 в 1 мин, масса тела женщины почти не снижается, температура и диурез нормальные. Умеренная рвота носит явные черты токсикоза, учащается до 10 раз в сутки, больная не может удержать съеденную пищу, беспокоит слюнотечение, наступает обезвоживание организма. Пульс учащается до

100-120 в 1 мин, температура субфебрильная, развиваются гипотензия, сухость кожи, нарушаются углеводный, жировой, водно-солевой и электролитный обмены, снижается диурез. В этой стадии требуется настойчивое лечение, при безуспешности которого развивается тяжелая или чрезмерная рвота, Чрезмерная рвота протекает с явлениями тяжелой интоксикации организма. Температура повышается до 38 °C и выше, развиваются тахикардия (120 и более в 1 мин), гипотензия, быстро снижается масса тела, появляются иктеричность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, дерматозы, запах ацетона из рта. Диурез снижен; в моче белок, ацетонурия, цилиндрурия. Резко нарушены все виды обмена. Появляются признаки поражения ЦНС (бред, кома или эйфория), может наступить смерть. Тяжелые формы рвоты беременных в настоящее время встречаются очень редко. Распознавание рвоты беременных и ее формы не представляет трудностей. Показаны исследование крови (обязательно на билирубин), электролиты и др., мочи (на наличие ацетона, желчных пигментов), контроль динамики массы тела, диуреза.

Лечение. Цель комплексной терапии при рвоте беременных нормализация нарушенных соотношений между процессами возбуждения и торможения в ЦНС, применение антигистаминных средств, препаратов противорвотного действия в сочетании с психотерапией, коррекцию эндокринных нарушений и обменных процессов (водно-электролитный и витаминный баланс), лечение сопутствующих заболеваний. Беременных, страдающих рвотой, госпитализируют. Не следует помещать в одну палату двух больных, у которых беременность сопровождается рвотой; важную роль играют внимательное отношение персонала к больной, длительный сон, тишина, правильный режим питания (калорийная, витаминизированная пища лучше в охлажденном виде, принимать небольшими порциями каждые 2-3 ч в положении лежа), Для нормализации функции ЦНС применяют электросон или электроаналгезию. Электроды располагают фронтально-висцерально. Продолжительность процедуры 60-90 мин, курс лечения 6-8 сеансов. Среди лекарственных средств, подавляющих возбудимость рвотного центра, широкое применение нашли этаперазин, торекан, дроперидол, церукал. Отечественный

препарат этаперазин, лишенный гипотензивного действия и в 10 раз превышающий противорвотный эффект аминазина. Его назначают внутрь по 0,002 г 34 раза в день в течение 10-12 дней; противопоказан при нарушении функции печени, почек, кроветворных органов. Выраженное противорвотное действие оказывает торекан, который хорошо переносится больными. Назначают по 1 мл внутримышечно, в виде свечей или драже (6,5 мг) 2-3 раза в день в течение 10-20 дней. Эффективным противорвотным действием обладает дроперидол; препарат оказывает также выраженное успокаивающее действие и подавляет вазомоторные рефлексы, что приводит к улучшению периферического кровотока; противорвотное действие дроперидола в 800 раз превышает действие аминазина. Препарат вводят по 0,51 мл внутримышечно 1-3 раза в день в зависимости от тяжести заболевания. Терапевтический эффект наступает через 10-15 мин. Лечение продолжается 5-7 дней. Дроперидол противопоказан при сердечно-сосудистой декомпенсации, при экстрапирамидных нарушениях; в терапевтических дозах не обладает эмбриотоксическим действием. Для борьбы с гипопротеинемией и обезвоживанием применяют через день внутривенные капельные вливания белковых препаратов плазма, альбумин, протеин), 5% раствора глюкозы с инсулином (4 г глюкозы с 1 ЕД инсулина), раствора Рингера-Локка, изотонического раствора натрия хлорида. Для устранения ацидоза вводят 100-150 мл 5% раствора натрия гидрокарбоната (под контролем КОС). За сутки больная должна получить не менее 2-2,5 л жидкости. В комплексную терапию токсикоза включают метионин, спленин, кокарбоксилазу, супрастин, комплекс витаминов группы В (В1, В12), витамин С, гендевит, дипразин. Последний оказывает антигистаминный эффект, обладает седативным действием на нервную систему, Назначают внутрь по 0,025 г 2-3 раза в день после еды или по 1 мл 2,5% раствора внутримышечно. Дипразин следует назначать с осторожностью больным с нарушением функции печени и почек. Супрастин дают по 1 таблетке 2-3 раза в день; он особенно показан при дерматозах, зуде беременных, аллергии. Если, несмотря на проводимую терапию, токсикоз прогрессирует, приходится прерывать беременность по жизненным показаниям. В

этих случаях принимают во внимание прогрессирующую потерю массы тела. Стойкую ацетонурию, значительные нарушения обмена веществ, нарушение функции нервной системы, изменение КОС, гипербилирубинемия, нарастающую желтуху (острая желтая дистрофия печени). Гиперсаливация нередко сопровождает рвоту беременных, иногда бывает самостоятельным проявлением токсикоза. Лечение такое же, как при рвоте беременных, иногда назначают 0,1 % раствор атропина по 1 мл в/м; субъективное облегчение достигается частым полосканием рта 1 % раствором ментола, настоем шалфея, ромашки и другими вяжущими средствами. Дерматозы беременных: крапивницы, экзантемы, эритемы возникают в ранние сроки и проявляются упорным зудом, вызывающим бессонницу, утомление и раздражение.

Желтуха может появиться в любое время беременности, характеризуется нарушением функции печени, выраженной желтушной окраской кожи и склер, кожным зудом. Лечение должно быть комплексным (см. лечение рвоты беременных). В тяжелых случаях может наступить острая дистрофия печени. Появляется ярко выраженная шафрановая окраска кожи и склер, состояние больной резко ухудшается, развиваются зуд, рвота, судороги, затем кома, а через несколько дней больная умирает. При возникновении острой дистрофии печени беременность прерывают по жизненным показаниям.

Невропатия и психопатия беременных, хорея требуют совместной терапии гинеколога и невропатолога. Лечение проводят комплексно с учетом выраженности токсикоза и неврологической симптоматики. При беременности 12-14 нед проявления ранних токсикозов обычно постепенно исчезают. Больные, перенесшие токсикоз первой половины беременности, должны находиться на особом учете женской консультации во избежание рецидивов заболевания и развития более тяжелых форм.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ (ОПГ-ГЕСТОЗЫ). Термин токсикоз беременных" не является общепринятым за рубежом. Более часто используется обозначение ОПГ-гестозов (ОПГ, отеки, протеинурия, гипертензия); гипертензия беременных; преэклампсия и эклампсия; метаболическая токсемия. К ОПГ-гестозам относятся водника, нефропатия, преэклампсия и эклампсия.

Неправильная адаптация организма к развитию плодного яйца наиболее часто характеризуется спазмом кровеносных сосудов, нарушением их проницаемости, развитием отеков, сгущением крови, нарушением состояния печени и нервной системы.

Клинические формы гестоза часто представляют собой определенные стадии развития единого патологического процесса. Нефропатия встречается у 2. 1-27%, эклампсия у 0.05-0,1 % беременных и рожениц. Выделяют доклиническую стадию заболевания претоксикоз, комплекс патологических изменений в организме предшествующей клинической картине гестоза. он выявляется только специальными методами исследования (сосудистая асимметрия при измерении артериального давления на обеих руках, повышение артериального давления в ответ на соответствующую нагрузку, снижение пульсового давления до 30 мм рт. ст. и ниже, уменьшение альбуминоглобулинового коэффициента и числа тромбоцитов до 1600000000/ л и ниже) .

Водянка беременных проявляется стойкими отеками. различают 4 степени их распространения; I степень отеки нижних конечностей; II степень отеки нижних конечностей и отеки живота; III степень отеки ног, стенки живота и лица; IV степень анасарка. Вследствие задержки жидкости быстро нарастает масса тела свыше 300-350 г в неделю) . снижается диурез. возможно накопление жидкости в серозных полостях. Артериальное давление не повышается. функция почек не нарушена. Лечение проводят в женской консультации; при отсутствии эффекта показана госпитализация.

К более редким формам моносимптомного токсикоза относятся гипертензия беременных, протеинурия.

Нефропатия характеризуется триадой симптомов (отеки, гипертензия и протеинурия), Иногда выражены не все симптомы. Нефропатия чаще возникает на фоне предшествующих заболеваний (заболевания почек, гипертоническая болезнь, ожирение, эндокринопатия) . При нефропатии I-II степени часто появляется изменение калибра кровеносных сосудов (сужение артериол, расширение вен, отек сетчатки). Присущие нефропатии нарушения нервной регуляции сосудистой системы проявляются не только повышением артериального давления. но и его

асимметрией на правой и левой половине тела (поэтому важно измерять артериальное давление на обеих руках) . За счет изменений в плаценте часто наблюдаются гипотрофия (плода и его функциональная незрелость. Нефропатия может перейти в преэклампсию и эклампсию. Преэклампсия . Помимо триады симптомов. свойственных нефропатии, развиваются признаки. свидетельствующие о нарушении мозгового кровообращения; головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба и затылка, нарушения зрения (туман. мелькание "мушек" перед глазами) ,заторможенность, вялость. сонливость или, наоборот, возбуждение. эйфория, бессонница, (шум в ушах. Довольно частыми признаками являются тошнота, рвота, боль в эпигастриальной области, Появление на фоне нефропатической триады указанных симптомов нарушения функции ЦНС свидетельствует о наличии судорожной готовности. Достаточно действия какого-либо более интенсивного раздражителя (боль. громкий звук, яркий свет) . чтобы развился припадок эклампсия. Длительность преэклампсии весьма вариабельна от нескольких часов до считанных минут. так что нередко преэклампсия может быть просмотрена. особенно при невнимательном и поверхностном исследовании. Для правильной квалификации состояния женщины требуется надлежащая оценка всех проявлениях токсикоза, их тяжести, динамика, применение дополнительных методов исследования. Особое значение имеет уровень артериального давления. Высокая гипертензия уже сама по себе является весьма тревожим симптомом. Гипертензия считается значительной, если регистрируется повышение артериального давления на 50% и выше от исходного. Диагноз преэклампсия становится еще более вероятным, если наряду с высокой гипертензией отмечается значительная асимметрия брахиального давления. повышение височно,брахиального коэффициента. Высокий коэффициент (более 0,5) указывает на спазм мозговых сосудов в нередко предвещает наступление судорожных явлений. Степень отеков, протеинурии сама по себе имеет меньшее значение для уточнения вероятности перехода токсикоза в эклампсию. При прочих равных условиях в случаях с выраженными отеками опасность эклампсии более реальна, так как при этом имеется я большая

гипергидратация головного мозга, (на фоне которой легче развивается его отек. Если у беременной с поздним токсикозом возникают диспепсические явления, следует в первую очередь думать о преэклампсии. Эклампсия наиболее тяжелая форма позднего токсикоза: основное клиническое проявление эклампсии судороги с потерей сознания. Припадку судорог в большинстве случаев предшествует описанный выше симптомокомплекс предвестников (преэклампсия). В припадке эклампсия различают четыре периода. Первый, вводный. сопровождается фибриллярными подергиваниями мимической мускулатуры, а затем и верхних конечностей. Взгляд фиксирован в одну сторону. Длительность этого периода около 30 с. Для второго (периода характерны тонические судороги, которые распространяются с головы, шеи и верхних конечностей на туловище и ноги. Голова при этом отклоняется назад, иногда наблюдается опистотонус. дыхание прекращается. пульс трудно прощупывается, зрачки расширены, кожа и видимые слизистые оболочки цианотичны, язык часто оказывается прикушенным. После второго периода. длившегося около 30 с, начинаются клонические судороги (третий период), также распространяющиеся по направлению книзу. С прекращением клонических судорог. продолжающихся обычно около 2 мин. наступает период разрешения происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена часто с примесью крови, затем дыхание становится более регулярным, исчезает цианоз, Женщина приходит в сознание после более или менее продолжительного коматозного состояния, о припадке она не помнит в связи с развивающейся амнезией. Если припадок произошел дома в отсутствие окружающих, то о нем могут говорить только физические травмы (ушибы тела, прикушенный язык), а иногда и имеющаяся к моменту осмотра кома. О тяжести эклампсии судят по количеству припадков, их длительности и продолжительности бессознательного состояния. Чем больше судорожных пароксизмов, чем длительнее после них коматозное состояние, тем серьезнее прогноз, иногда больная не успевает выйти из комы, как начинается следующий приступ. Такую серию приступов принято называть эклампсическим статусом. Может наблюдаться

особая форма токсикоза (ее раньше называли эклампсией без судорог) , когда беременная с тяжелой нефропатией без единого припадка впадает в бессознательное состояние, очень часто заканчивающееся смертью. Прогноз при эклампсии ухудшается в случаях появления высокой температуры, тахикардии, гипотензии, при уменьшении диуреза, Эти симптомы могут указывать на кровоизлияние в мозг. Кроме внутричерепной геморрагии, во время эклампсического приступа может произойти отслойка сетчатки и плаценты, гибель плода, После приступа иногда развиваются пневмония, почечно-печеночная недостаточность, олигопитуитаризм.

ОПГ-гестозы развиваются на фоне экстрагенитальной патологии, наиболее часто гипертонической болезни. Дифференциальная диагностика особенно трудна в тех случаях, когда моносимптомная гипертензия присоединяется к начальной стадии гипертонической болезни. Сложно иногда отличить эклампсический приступ от гипертонической энцефалопатии, которая сопровождается беспорядочными судорожными подергиваниями.

Токсикоз на фоне гипертонической болезни начинается раньше и приводит к очень высокой гипертензии с менее яркими проявлениями со стороны почек и менее выраженными отеками.

Токсикоз довольно часто наблюдается при хроническом нефрите и значительно усугубляет тяжесть состояния как матери, так и плода. Беременной угрожают эклампсия и уремия, поэтому беременность при настойчивом желании женщины иметь ребенка разрешается только при достаточной функции почек. Опасно сочетание токсикоза в пиелонефрита, особенно если заболевание сопровождается артериальной гипертензией. Серьезную угрозу для матери и плода представляет сочетание токсикоза с ревматическим процессом и пороками сердца. Периферический спазм сосудов значительно увеличивает нагрузку на сердечную мышцу, активный ревматический процесс резко ухудшает функциональную активность миокарда, что может привести к недостаточности сердечной деятельности. Довольно тяжело протекает ОПГ-гестоз на фоне сахарного диабета. Тяжесть заболевания обусловлена глубокими расстройствами обмена веществ, нейрогуморальной регуляции,

нарушением функции печени. Тяжелые расстройства метаболизма, нарушения эндокринной регуляции у плода в результате сахарного диабета, гипоксии вследствие изменений в плаценте, характерные для токсикоза, обуславливают значительное ухудшение прогноза для будущего ребенка. Очень опасным является развитие ОПГ, гестоза на фоне заболеваний печени, поскольку печеночные клетки оказываются недостаточно состоятельными для выполнения дезинтоксикационной функции. Могут развиваться тяжелые осложнения вплоть до гепатаргии. Анемия во время беременности относится к осложнениям, также способствующим развитию токсикоза. Оба заболевания ввиду общности ряда патогенетических звеньев усугубляют тяжесть течения каждого из них, оказывая весьма неблагоприятное воздействие на плод.

Диагноз форм токсикоза ставят на основании описанной выше клинической картины. Для раннего выявления токсикоза очень важно систематическое взвешивание беременной, измерение артериального давления на обеих руках, брахиотемпорального давления, исследование мочи, диуреза, динамики массы тела. Очень важно ориентироваться не только на абсолютные цифры артериального давления, но и на степень его повышения в сравнении с исходными цифрами. Важным симптомом, обуславливающим раннее выявление токсикоза, является асимметрия артериального давления на правой и левой руках, превышающая 10 мм рт. ст. При возникновении хотя бы одного из признаков гестоза беременная подлежит госпитализации.

Должны быть проведены в динамике контроль артериального давления, массы тела, исследование гидрофильности тканей, глазного дна, концентрационной функции почек, функция печени, консультация терапевта. Больных с тяжелыми формами ОПГ-гестоза желательно (помещать в отделения патологии высококвалифицированных акушерских стационаров при многопрофильных больницах с наличием реанимационно-анестезиологической службы и условий для выхаживания новорожденных. При подозрении на сочетанный токсикоз обследование проводят при консультативной помощи соответствующих специалистов.

Лечение целесообразно проводить совместно с анестезиологами, реаниматологами. Терапия должна быть комплексной,

дифференцированной и включать создание лечебно-охранительного режима, нормализацию макро- и микрогемодинамики, ликвидацию сосудистого спазма и гиповолемии, регуляцию водно-солевого обмена, нормализацию метаболизма, маточно-плацентарного кровообращения, проведение антиоксидантной и дезинтоксикационной терапии. Необходимо помнить, что при нерациональном применении нейротропных, гипотензивных, трансфузионных и диуретических средств возможно развитие таких серьезных осложнений, как дыхательная недостаточность, гемодинамические нарушения, водно-электролитные расстройства.

Нормализация макро- и микрогемодинамики осуществляется назначением препаратов гипотензивного действия. Правильным является сочетание препаратов с различным механизмом действия: спазмолитиков, адreno-блокаторов, периферических вазодилататоров, ингибиторов вазоактивных аминов, ганглиоблокаторов. Эффективным методом лечения гестозов является внутривенное или внутримышечное введение сульфата магния.

Сроки лечения: нефропатия I стадии, как правило, поддается терапии в условиях стационара. Следует следить за цифрами артериального давления, массой тела, диурезом. Нефропатия II стадии требует длительного лечения (23 нед) в зависимости от состояния матери и плода. При тяжелой нефропатии (III стадия) вопрос о продолжении беременности должен быть решен в срок от нескольких часов до 3 дней. В патогенетической терапии гестозов одно из первых мест занимает инфузионная терапия (ИТ), целью которой является восполнение дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК), восстановление оптимальной тканевой перфузии и органного кровотока, устранение гемоконцентрации и гипопротейнемии, коррекция электролитных и метаболических нарушений. Показаниями к проведению ИТ являются нефропатия легкой степени при длительном течении или наличии рецидивов заболевания, нефропатия средней и тяжелой степени тяжести, преэклампсия и эклампсия, гипотрофия плода независимо от степени тяжести заболевания. ИТ проводят под контролем

гематокрита, диуреза. Гематокрит во время ИТ не должен снижаться ниже 27-28%. Общее количество вводимой при ИТ жидкости не превышает 1200-1400 мл в сутки. Жидкость вводят со скоростью 20-40 капель в 1 мин, При диурезе 30-40 мл/ч и менее необходимо назначение диуретиков.

Гематокрит при этом не должен быть выше 34-35%. У беременных с тяжелой нефропатией, преэклампсией, эклампсией диуретики назначают на фоне ИТ. При форсированном диурезе возможно развитие гипернатриемии. на фоне которой появляются ступор, лихорадка, хаотические движения конечностей. Может развиваться и гипокалиемия. вызывающая тяжелые аритмии.

При нарушении фильтрационной способности почек, анурии, высоких цифрах артериального давления, выраженной гиповолемии диуретики противопоказаны. При сохраняющейся стойкой анурии необходимо своевременно ставить вопрос о досрочном родоразрешении и применении экстракорпорального гемодиализа.

Для нормализации реологических и коагуляционных свойств крови в комплекс терапии, вводят дезагреганты и гепарин. Показаниями к назначению гепарина являются длительно текущий среднетяжелый и тяжелый гестоз, наличие гипотрофии плода. сочетанный гестоз.

Гепарин можно вводить под контролем времени свертывания крови. числа тромбоцитов. тромбоэластограммы. Об эффективности действия гепарина свидетельствует удлинение времени свертывания крови в 1.5 раза по сравнению с исходным. При увеличении времени свертывания крови более чем в 2 раза дозу гепарина следует уменьшить. При прогрессирующей тромбоцитопении на фоне введения гепарина дозу его уменьшают. Более выраженное влияние из микроциркуляцию оказывает совместное применение гепарина с реополиглюкином в виде реополиглюкин-гепариновой смеси. которую вводят ежедневно до достижения стойкого клинического эффекта. В последующем назначают поддерживающую терапию, заключающуюся в подкожных инъекциях гепарина с интервалом 4-6 ч. При сочетанных

гестозах. наличии гипотрофии плода должно быть длительным 3-4 нед. Гепарин отменяют постепенно в течение 3-4 дней, снижая дозу препарата. При передозировке гепарина действие его можно быстро нейтрализовать в/в введением (струйно) 2-5 мл 1 % раствора протамина сульфата. Противопоказаниями к применению гепарина являются геморрагические диатезы, склонность к кровоизлияниям и кровотечениям, язвенные заболевания желудочно-кишечного тракта с кровотечением в анамнезе, мочекаменная болезнь с гематурией в анамнезе, острые и хронические лейкозы, апластические и гипопластические анемии, свежие кровоизлияния в мозг. высокая степень гипертензии (170/100 мм рт. ст. и выше). Проводимая терапия ОПГ-гестозов одновременно направлена на профилактику плацентарной недостаточности, при выявлении которой следует дополнительно проводить лечение нарушений маточно-плацентарного кровотока.

Лечение беременных с тяжелыми формами ОПГ-гестозов (нефропатия 111 степени, преэклампсия, эклампсия) должно включать обеспечение лечебно-охранительного режима, предупреждение и купирование приступов эклампсии, устранение сосудистого спазма, коррекцию гиповолемии, нормализацию микроциркуляции, дегидратационную и дезинтоксикационную терапию. профилактику внутриутробной гипоксии плода. предупреждение отека легких. острой почечно-печеночной недостаточности. При поступлении беременной с тяжелым гестозом в родильный дом она должна быть помещена в отделение или палату интенсивной терапии с индивидуальным постом. При возникновении предвестников приступа на фоне нейролептаналгезии (5-10 мг (24 мл) дроперидола в сочетании с 5-10 мг 1-2 мл седуксена) между зубами нужно ввести роторасширитель и во избежание механической асфиксии захватить язык языкодержателем. Если судорожная готовность не купирована, то дополнительно к седуксену и дроперидолу добавляют в/в 20 мг промедола (11,5 мл 1-2% раствора) или 25-50 мг пипольфена (2,5-5 мл 0,5 % раствора). Для купирования приступов эклампсии возможно применение барбитуратов; гексенала, тиопентал-натрия в среднем 250 мг в виде 1 % раствора

внутривенно. При их использовании возможна остановка дыхания. Поэтому все должно быть готово для интубации (миорелаксанты, ларингоскоп, интубационные трубки, наркозный аппарат) .

Последующий лечебно-охранительный режим предусматривает повторные введения седуксена или пипольфена в уменьшающихся дозах. На фоне лечения сульфатом магния психотропные препараты вводят в меньших дозах, Дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность не купирующиеся приступы эклампсии. эклампсическая кома, необходимость оперативного вмешательства являются показаниями к ИВЛ.

На фоне создания лечебно-охранительного режима назначают гипотензивную терапию. Введение антигипертензивных препаратов предшествует началу инфузионной терапии. Диуретическую терапию проводят параллельно восполнению ОЦК.

Важным является выбор оптимального способа родоразрешения. Показанием к досрочному прерыванию беременности является нефропатия 11 степени при отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 нед; нефропатия, сопровождающаяся выраженной гипотрофией плода и плацентарной недостаточностью; тяжелые формы гестоза при безуспешности проведения интенсивной терапии в пределах 1-2 сут. Показаниями к кесареву сечению являются эклампсия, преэклампсия и тяжелые формы нефропатии при безуспешной интенсивной терапии в пределах суток, коматозное состояние, анурия, амавроз, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, подозрение на кровоизлияние в мозг, отсутствие эффекта от проводимого родовозбуждения, сочетание гестозов с акушерской патологией. В условиях эндотрахеального наркоза, обеспечивающего надежную нейровегетативную защиту больной от операционной травмы с искусственной вентиляцией легких, оперативное родоразрешение путем кесарева сечения является наиболее бережным. Через естественные родовые пути родоразрешение проводится при подготовленной шейке матки путем родовозбуждения со вскрытием плодного пузыря и с последующим введением утеротонических средств. Для улучшения функционального состояния матки и подготовки шейки матки к родам предварительно в течение 3-5 дней применяют эстрогенные препараты и

аскорбиновую кислоту. Основной задачей лечения во время родов является адекватное обезболивание и эффективная гипотензивная терапия. При родоразрешения женщин через естественные родовые пути производят раннюю амниотомию; по истечении 6-8 часового безводного периода и отсутствии родовой деятельности ставят вопрос о возможности родоразрешения путем кесарева сечения. При появлении условий для родоразрешения через естественные родовые пути под наркозом применяют акушерские щипцы или управляемую нормотонию арфонадом, а также эпизиотомию или перинеотомию, при наличии мертвого плода перфорацию головки. Профилактика поздних токсикозов заключается в правильном "ведении" этих беременных, наблюдающихся в женской консультации, взятии на особый учет и контроль беременных с повышенным риском токсикоза, выявлении и своевременной терапевтической коррекции претоксикозных состояний. Ранней диагностике и госпитализации женщин с выраженными проявлениями токсикоза.