

повышенных уровней РТ и ЛТ, что приводит к усилению стресса и развитию дезадаптации. Это подтверждается устойчивой тенденцией уровня кортизола к снижению [2]. Полная нормализация показателей РТ, ЛТ, уровня депрессии и концентрации кортизола в процессе лечения наблюдалась только у беременных с непродолжительным течением заболевания, получавших РМТ. У беременных этой подгруппы отмечалось также и более быстрая нормализация показателей клинического течения гестоза. У пациенток I группы с длительностью течения гестоза более 3 недель после лечения уровень кортизола соответствовал средним значениям показателей для данного срока беременности. Эти данные свидетельствуют о выраженном улучшении адаптационных возможностей организма беременных, получавших лечение гестоза с применением РМТ.

Таким образом, состояние адаптационных механизмов у беременных с гестозом зависит от продолжительности заболевания, что подтверждается изменением ряда показателей психологического и гормонального статуса

больных. Резонансная музыкотерапия, применяемая в комплексном лечении гестоза, оказывает выраженное благоприятное влияние на состояние адаптационных возможностей у женщин с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аржанова О.Н.* Нарушения механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов — 1997. — № 4. — С. 48—51.
2. *Krout R.E.* The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients // *Am J Hosp Palliat Care.* — 2001. — Vol. 6, № 18. — P. 383—390.
3. Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies / *E. Salamon, M. Kim, J. Beaulieu et. al.* // *Med Sci Monit.* — 2003. — Vol. 9, № 5. — P. 96—101.
4. *Otchet F., Carey M.S., Adam L.* General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 94, № 6. — P. 935—941.

УДК 618.5-089.5:618.1

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РОДИЛЬНИЦ С СОЧЕТАННЫМ ГЕСТОЗОМ

И. М. Савченко, Т.В. Лызикова

Гомельский государственный медицинский университет

Сочетанный гестоз является одним из тяжелейших осложнений беременности, родов и послеродового периода. Анализ неблагоприятных результатов при поздних гестозах показал, что во многих случаях можно избежать тяжелых осложнений. В статье представлен адаптированный вариант прогностической системы оценки тяжести состояния пациенток с сочетанным гестозом. Использование данной системы оценки способствует своевременной диагностике нарушений и выработке правильной тактики ведения послеоперационного периода.

Ключевые слова: гестоз, интенсивная терапия.

PRINCIPLES OF INTENSIVE CARE OF POSTOPERATIVE CARE IN CASE OF WOMEN IN CHILDBIRTH SUFFERED FROM COMBINED GESTOSIS.

I.M. Savchenko, T.V. Lyzikova

Combined hestosis is one of most severe complications of pregnancy, delivery and period after delivery. Analysis of unsuccessful results of late hestosis demonstrated possibility to avoid severe complications in many cases. Adapted variant of forecasting system of health condition severity assessment of patients with combined

hestosis is presented in the report. Appliance of the assessment system assists to in-time diagnostics of disturbances and correct choice of postoperative period management.

Key words: hestosis, intensive care.

Актуальность проблемы обусловлена целым рядом объективных обстоятельств. Поздний гестоз беременных относится к одному из наиболее тяжелых осложнений беременности, родов, послеродового периода, частота которого увеличилась вследствие улучшения диагностики заболевания, с одной стороны, и ухудшения состояния здоровья беременных, с другой [9]. В настоящее время гестоз возникает у 6—12% здоровых беременных и у 20—40% беременных с экстрагенитальной патологией, в этом случае говорят о сочетанном гестозе [9,10].

Важными особенностями закономерного риска родоразрешения, как нормально протекающей беременности, так и осложненной, являются: значительное снижение физического резерва особенно сердечно-сосудистой и дыхательной систем, использование инвазивных методов диагностики и лечения, инфицирование, проблема быстрой гипоксии у беременных, положение на спине во время родов, с чем связана гипотония при синдроме аорто-кавальной компрессии, аспирационный синдром.

Основными ошибками во время ведения беременности и родов, осложненных поздним гестозом, которые ведут к тяжелым осложнениям для матери и плода, являются:

- несвоевременное выявление гестоза в амбулаторных условиях;
- поздняя госпитализация беременных;
- недооценка степени тяжести гестоза в условиях стационара;
- неадекватная терапия;
- необоснованное пролонгирование беременности при отсутствии положительного эффекта от лечения;
- нерациональное родоразрешение.

Анализ неблагоприятных результатов при поздних гестозах показал, что в 70% случаев можно избежать как смертельных исходов, так и тяжелых осложнений, которые вызывают инвалидизацию женщин и высокую перинатальную смертность. Поэтому становится актуальной проблема объективной оценки тяжести состояния и качественного обеспечения предоперационной подготовки, родоразрешения и послеоперационного периода беременных с сочетанным гестозом что возможно только при широком внедрении современных методов анестезии, интенсивной терапии и реанимации [1,3,5,6,7,8].

Учитывая вышеизложенное, предпринята попытка усовершенствования прогностической системы оценки тяжести состояния беременных с сочетанным гестозом, для определения тактики и дифференцированного подхода к лечению родильниц в послеоперационном периоде.

Целью настоящей работы явилась разработка прогностических критериев тяжести состояния рожениц и патогенетическое обоснование принципов комплексной интенсивной терапии у беременных с сочетанным гестозом в послеоперационном периоде после кесарева сечения.

Материалы и методы

Проведена послеоперационная интенсивная терапия у 121 родильницы в возрасте от 20 до 41 года, родоразрешенной в сроки беременности 37—40 недель.

В зависимости от экстрагенитальной патологии и экстренности родоразрешения всех беременных разделили на 3 клинические группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение беременных по группам в зависимости от экстрагенитальной патологии и экстренности родоразрешения

Подгруппы	Группы			ВСЕГО
	1	2	3	
Физиологическая беременность и роды	31 (25,62%)	—	—	31 (25,62%)
Сердечно-сосудистые заболевания	—	10 (8,26%)	10 (8,26%)	20 (16,53%)
Заболевания почек	—	9 (7,44%)	10 (8,26%)	19 (15,7%)
Алиментарно-конституциональное ожирение	—	11 (9%)	10 (8,26%)	21 (17,36%)
Rh-антитела к плоду	—	30 (24,79%)	—	30 (24,79%)

Подгруппы	Группы			ВСЕГО
	1	2	3	
ВСЕГО	31 (25,62%)	60 (49,59%)	30 (24,79%)	121 (100%)

1-ю группу составила 31 (25,6%) беременная с нормально протекающей беременностью, родоразрешенная путем планового кесарева сечения ввиду различных показаний со стороны матери и плода (крупный плод, рубец на матке, неправильное предлежание и т.д.), данную группу считали контрольной.

Во 2-ю группу вошли 60 (49,6%) беременных с сочетанным гестозом, родоразрешенных путем планового кесарева сечения.

3-ю группу составили 30 (24,8%) беременных с сочетанным гестозом, родоразрешенных путем экстренного кесарева сечения. Немаловажную роль для функционального состояния родильниц играют показания к абдоминальному родоразрешению (табл. 2).

Таблица 2

Показания к абдоминальному родоразрешению

Показания	Группы			Всего
	1	2	3	
Преэклампсия	—	—	12(9,92%)	12(9,92%)
Эклампсия	—	—	1(0,82%)	1(0,82 %)
Нефропатия III степени тяжести	—	43(35,54%)	10(8,27%)	53 (43,80%)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	—	—	6(4,96%)	6(4,96 %)
Гипотоническое маточное кровотечение	—	—	1(0,82%)	1(0,82%)
Анатомически узкий таз	13(10,74%)	3(2,48%)	—	16(13,22%)
Подозрение на несостоятельность рубца на матке	7(5,79%)	5(4,13%)	—	12 (9,92 %)
Крупный плод	4(3,3%)	6(4,96%)	—	10 (8,27 %)
Тазовое предлежание плода	7(5,79%)	3(2,49%)	—	10 (8,27%)
ВСЕГО	31(25,62%)	60(49,59%)	30(24,79%)	121(100%)

Тяжесть состояния оценивали в течение ближайших 1-3 часов послеоперационного периода по унифицированной системе экстренной оценки физиологических функций беременных (ЭОФФБ) (табл.3). Для характеристики изменения адаптации в послеоперационном периоде изучали тиреоидно — надпочечниковую систему по содержанию суммарного кортизола (КЛ) и тиреоидных гормонов (T_3 , T_4) в плазме радиоиммунологическим методом (нмоль/л). О функциональном состоянии клеточного метаболизма судили по резистентности мембран эритроцитов по интегральному показателю времени пятидесятипроцентного гемолиза эритроцитов — T_{50} (сек.) и целому ряду биохимических констант. Состояние свертывающей системы крови изучали методом коагулограмм. Объем кровопотери

определяли весовым методом. О тяжести гипоксии судили по кислотно-основному состоянию (КОС) при помощи аппарата «ABL-5». Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали при помощи методов пульсоксиметрии (SO_2), ЭКГ-мониторинга. По показаниям проводили рентгенографию и эхографию органов грудной и брюшной полостей.

Вариант выбора анестезиологического обеспечения зависел от компенсации физиологического состояния беременных, нозологической формы сопутствующего заболевания, а также экстренности родоразрешения. В 1-й и 2-й группах применяли эндотрахеальную закисно-кислородную анестезию и также спинальные методы анестезии,

Объем и качество послеоперационной интенсивной терапии зависели от совокупности клинических и лабораторных показателей и оценки состояния в баллах. Всем родильницам в качестве базисного лечения назначали антибактериальную терапию, послеоперационную аналгезию опиатами и ненаркотическими анальгетиками. Объем и состав инфузионно-трансфузионной терапии зависел от показателей гемодинамики, свертывающей системы крови и функции почек. При артериальной гипертензии использовали β -адреноблокаторы, нитроглицерин, клофелин, дибазол. Противосудорожную терапию обеспечивали сульфатом магния и

бензодиазепинами. Для улучшения метаболизма и уменьшения воздействия перекисного окисления липидов использовали комплекс витаминов С, Е, группы В. По показаниям продолжали искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и вспомогательную вентиляцию (ВИВЛ). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с определением коэффициента Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Окончательные результаты тестирования по системе ЭОФФБ (рис. 1), определяемые суммой баллов, показывают различную степень функциональных нарушений у родильниц с сочетанным гестозом.

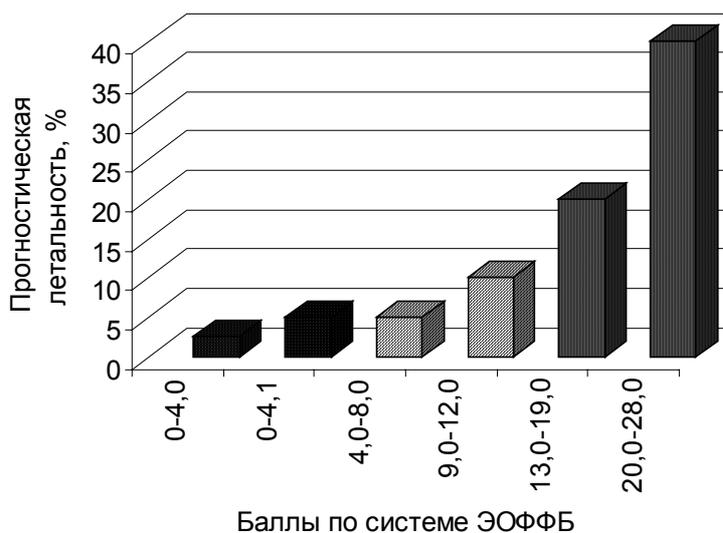


Рис. 1. Результаты тестирования по системе ЭОФФБ в группах родильниц.

По вертикальной оси гистограммы отражена прогностическая летальность в процентах, но в наших исследованиях предложено под данным показателем оценивать тяжесть поражения жизненно важных систем, поэтому можно говорить об ухудшении состояния до критического или терминального у соответствующего количества больных. В контрольной группе у 25 (20,66%) родильниц отмечены незначительные функциональные нарушения и сумма баллов была от 0 до 4,

что потребовало только динамического наблюдения в ближайшем послеродовом периоде. У 6 (4,95%) родильниц сумма баллов составила от 3 до 7, поэтому риск развития критического состояния возможен у 5% больных (функциональные изменения были вызваны гемодинамическими нарушениями: отмечались повышенное среднее артериальное давление (САД) до $111,2 \pm 3,4$ и тахикардия до $108,3 \pm 2,9$). В этом случае использовали гипотензивную терапию клофелином по 0,1 мг 2 раза в

сутки внутримышечно. Для улучшения коронарного кровотока использовали курантил в дозе $1,07 \pm 0,06$ мг/кг в сутки, трентал $4,31 \pm 0,17$ мг/кг в сутки. После проведенного лечения к концу первых суток отмечалось снижение САД до $92,5 \pm 3,6$ и нормализация ЧСС до $81,2 \pm 3,1$ у родильниц с гемодинамическими нарушениями. В ближайшем послеоперационном периоде уровень белка составил $65,7 \pm 3,8$, содержание общего холестерина $6,2 \pm 0,24$ и содержание глюкозы $5,3 \pm 0,19$.

Во 2-й группе у 43 (35,53%) родильниц сумма баллов составляла от 4 до 8, соответственно прогнозируемая тяжесть поражения витальных функций около 5%, у 17 (14,04%) родильниц — 9—12 баллов, что соответствовало 10%. Наряду с повышением САД до $114,7 \pm 3,1$ и тахикардией до $117,3 \pm 2,7$ у 13 (10,7%) родильниц, у 5 (4,1%) отмечался

декомпенсированный метаболический ацидоз. У всей группы отмечались изменения в свертывающей системе, а также снижение показателей красной крови до анемии легкой степени. Послеоперационную анальгезию обеспечивали внутримышечным введением промедола по 20 мг 4—6 раз в сутки и дроперидола по 2,5—5 мг. Также добавляли диазепам по 10 мг до 4 раз в сутки и сернокислую магнезию по 5 г 4—6 раз в сутки. Учитывая гипокоагуляцию всем родильницам на фоне респираторной поддержки провели трансфузию одноклассной свежезамороженной плазмы по 400 мл, введение этамзилата натрия по 250—500 мг, овомина по 60000 ед. После проведенной терапии отмечалась стабилизация показателей свертывающей системы (табл.4).

Таблица 4

Изменения свертывающей системы крови при сочетанном гестозе во 2-й группе в послеоперационном периоде (n = 60)

Показатели	До лечения	После лечения
Проба по Ли-Уайту, мин.	$8'37'' \pm 0,34''$	$9'46'' \pm 1,23''$ *
Толерантность плазмы к гепарину, мин.	$13'23'' \pm 0,32''$	$11'28'' \pm 0,27''$ *
Протромбиновый комплекс	$0,97 \pm 0,017$	$0,99 \pm 0,014$
Фибриноген плазмы, г/л	$3,72 \pm 0,13$	$3,99 \pm 0,12$ *
Фибриноген «В»	1+	1+
Спонтанный фибринолиз, %	$11,7 \pm 0,24$	$10,2 \pm 1,8$ *
Ретракция, %	$80,6 \pm 2,4$	$76,2 \pm 4,7$ *
Гематокрит	$0,39 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,14$ *
Тромбоциты, 10^9 /л	$185,2 \pm 17,1$	$210,4 \pm 12,7$ *

* — $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим этапом.

Необходимо отметить, что объем кровопотери во время операции у данных родильниц не отличался от средних показателей и составлял $780,5 \pm 45,4$ мл. Гипокоагуляция была обусловлена быстрым истощением пула свертывающей системы крови в связи с предрасположенностью к хроническому ДВС- синдрому в конце третьего триместра беременности на фоне сочетанного гестоза. С учетом подобных сдвигов в свертывающей системе следует при плановом кесаревом сечении заранее

заготовить 1—2 дозы одноклассной свежезамороженной плазмы и обязательно ее использовать при наличии клинических и лабораторных признаков гипокоагуляции. Настороженность в отношении коагуляционных нарушений и раннее их выявление способствовало тому, что суточный объем инфузионной терапии составил 2400—2800 мл при диурезе $58,4 \pm 3,7$ мл/ч. Своевременная коррекция нарушений свертывающей системы позволяет избежать двух дальнейших

нежелательных шагов в интенсивной терапии — увеличения объема инфузионной терапии, что может отрицательно отразиться на функции легочно-сердечного комплекса вследствие повышенной гидрофильности тканей у беременных, и гемотрансфузии, которая также далеко не безопасна и при наличии не ликвидированной гипокоагуляции вредна, так как усиливает коагулопатию потребления.

В 3-й группе оценка тестирования по ЭОФФБ у 22 (18,1%) родильниц составила от 13 до 19 баллов, что показывает прогностическое нарушение витальных функций у 20% больных. У 8 (6,6%) состояние было более тяжелым, и результат тестирования от 20 до 28 баллов прогнозирует критическое нарушение витальных функций у 40% больных.

Наиболее тяжелыми были родильницы с ПОНРП и эклампсией. У 7 (5,79%) родильниц в первые три часа отмечалась нестабильность гемодинамических показателей САД $68,4 \pm 4,5$, ЧСС $117,5 \pm 5,4$, ЦВД $8,7 \pm 0,5$ мм вод. ст., снижался диурез до $25,3 \pm 4,1$ мл/ч. Нарушения свертывающей системы выражались в снижении уровня фибриногена плазмы до $2,7 \pm 0,15$, изменении ретракции сгустка $80,1 \pm 6,5$, нарастании спонтанного фибринолиза до $33,4 \pm 1,6\%$, были положительными пробы на наличие продуктов деградации фибриногена — протаминасульфатная и этаноловая, гематокрит снижался до $0,27 \pm 0,04$, гемоглобин до $87,7 \pm 7,5$, несмотря на инфузионно-трансфузионную терапию, которую начинали перед операцией и продолжали по ее ходу. В послеоперационном периоде продолжали введение свежзамороженной плазмы по 400 мл до 2—3 раз в сутки, использовали этамзилат натрия по 250—500 мг до 2—3 раз в сутки, овомин по 60000 ед. 4 раза в сутки или контрикал по 80000—100000 ед. одномоментно. В связи с тем, что общий объем кровопотери составлял $1302,5 \pm 54,6$ мл, продолжали гемотрансфузию. Во 2-й и 3-й группах в послеоперационном периоде снижался общий белок до $64,25 \pm 4,37$ и $55,4 \pm 3,6$, средние значения общего холестерина составляли $7,26 \pm 0,94$ и $7,4 \pm 0,76$, глюкозы $4,65 \pm 0,22$ и $5,8 \pm 0,18$ соответственно.

Тяжесть состояния определяла комплексную интенсивную терапию. У 7 (5,79%) рожениц с последствиями ПОНРП и кровотечений, у 1 (0,83%) с последствиями эклампсии и у 12 (9,92%) с последствиями преэклампсии (судорожная готовность, повышенное САД) использовали продленную ИВЛ. У 2 (1,65%) рожениц перенесших кровотечение в 1-е сутки сумма баллов достигала 24—38 в связи с выраженным ДВС-синдромом и перевод на самостоятельное дыхание стал возможным через 48 часов после стабилизации состояния. У 6 (4,95%) рожениц с суммой баллов 20—28 ИВЛ продолжали на протяжении 12—24 часов и у 10 (2,4%) с суммой баллов менее 20 — от 6 до 12 часов. Седацию обеспечивали сочетанием диазепама в дозе 0.57 мг/кг/сут. и дроперидола в начальной дозе 5—6 мг с поддерживающей 2 мг/час., при сниженном САД после кровотечения оксibuтиратом натрия в начальной дозе 50—70 мг/кг с последующим добавлением 25—35 мг/кг через 1—1,5 часа. Для адекватной ИВЛ использовали мышечные релаксанты. Гипотензивную терапию проводили сочетанием таких препаратов как клофелин, сернокислая магнезия, ганглиоблокаторы, нитроглицерин, нанипрус. При стабильных показателях свертывающей системы, повышенном САД >103 мм рт.ст. и ЦВД >40 мм. вод. ст. и сниженном диурезе <20 мл/час. использовали фуросемид.

Для поддержания онкотического давления вводили 10—20% растворы альбумина. При нарушенной свертываемости и кровопотере >1000 мл использовали свежзамороженную плазму до 1—1,5 л и у 4 (6,1%) рожениц до 3—4 доз криопреципитата. При критическом снижении гемоглобина <80 г/л и гематокрита $<21\%$ применяли эритроцитарную массу. Реополиглюкин в дозе 400 мл, трентал, гепарин использовали у рожениц без кровотечения и признаков гипокоагуляции. После ликвидации явлений судорожной готовности, тенденции к снижению артериального давления, восстановления диуреза 50—60 мл/час. и более применяли глюкозо-калиевые смеси для восстановления дефицита энергии. Метаболические процессы головного мозга пытались улучшить при помощи пираретама и актовегина. При проведении послеоперационной комплексной

интенсивной терапии у рожениц с сочетанными гестозами следует помнить о внезапности развития отека легких, особенно во время коррекции нарушений свертывающей системы крови при массивной инфузионно-трансфузионной терапии. Несмотря на точку зрения о том, что ЦВД не может быть прогностически достоверным критерием развития острой левожелудочковой недостаточности, мы считаем, что при сочетанных гестозах и сопутствующем ДВС-синдроме любое критическое его повышение или стабилизация в пределах 100—110 мм вод. ст. при сниженном диурезе является предвестником отека легких или респираторного дистресс синдрома. У 2 рожениц сразу же после родоразрешения отмечался подъем ЦВД в течение одного часа от 20 до 80 мм вод. ст., при диурезе 20 мл/час, гипопроотеинемии 43,5 г/л и явлениях смешанного декомпенсированного ацидоза развился интерстициальный отек легких, купированный к концу 1-х суток. Поэтому при проведении массивной инфузионно-

трансфузионной терапии следует ежедневно контролировать ЦВД с целью предотвращения острой левожелудочковой недостаточности.

Результаты исследования функционального состояния тиреоидно-надпочечниковой системы и клеточного метаболизма приведены в табл. 5. Как следует по данным таблицы, в ближайшие три часа послеоперационного периода у рожениц сохраняется напряженная работа тиреоидно-надпочечниковой системы, вызванная беременностью и операционным стрессом. Однако при сочетанном гестозе ее функционирование протекает более напряженно, что вызвано целым рядом приспособительных реакций, связанных с фетоплацентарным комплексом и его ишемизацией. Несмотря на мембрано-стабилизирующую функцию эндогенных глюкокортикоидов, период родоразрешения у беременных с сочетанным гестозом сопровождается снижением резистентности мембран эритроцитов по сравнению с контрольной группой (табл. 5)

Таблица 5

Содержание кортизола, тиреоидных гормонов и резистентность мембран эритроцитов в ближайшем послеоперационном периоде

Показатели	Кортизол	T ₃	T ₄	T ₅₀
1-я группа (n=31)	1001,2±145,3*	1,9±0,21*	173,4±22,3	48,1±3,9*
2-я группа (n=60)	1077 ± 180,35*	1,62 ± 0,24*	144,5 ± 26,26	44,1±4,2*
3-я группа (n=30)	1151,3±118,1*	1,85±0,14*	178,3±19,3*	43,2±2,9*

* — $p < 0,05$

Сопоставление данных о резистентности мембран эритроцитов с такими биохимическими показателями, как уровень глюкозы и холестерина показало обратную корреляционную связь $r = -0,61$ и $r = -0,67$ соответственно, что свидетельствует о поражении клеточных мембран вследствие тканевой гипоксии и перекисного окисления липидов в ближайшем послеоперационном периоде. В связи с этим к проводимой интенсивной терапии добавляли введение аскорбиновой кислоты по 250—500 мг внутривенно и токоферола по 600—1200 мг в сутки. Показаниями к введению глюкозо-калиевой смеси являлись нормализация

газового состава крови и уровня гликемии, ликвидация метаболического ацидоза и стабильные показатели резистентности мембран эритроцитов.

Заключение

Послеоперационный период у рожениц с сочетанным гестозом сопровождается целым рядом нарушений жизненно важных функций. Расстройства гемодинамики, дестабилизация свертывающей системы крови, гипопроотеинемия, гиперхолестеринемия ухудшают толерантность клеток к глюкозе, развиваются явления метаболического ацидоза, снижается резистентность клеточных мембран, нарастает тканевая гипоксия и отрицательное влияние

перекисного окисления липидов. В связи с этим одним из существенных факторов регуляции патофизиологических изменений является своевременная диагностика и комплексная интенсивная терапия, направленная на компенсацию гемодинамических функций и стабилизацию метаболизма.

Для оценки тяжести состояния беременных и родильниц с сочетанным гестозом, осложнениями беременности и родов важное значение имеют интеграция показателей жизненно важных функций и их выражение в баллах в ближайшем послеоперационном периоде. Использование системы АРАСНЕ II в варианте адаптированном к изучению состояния родильниц соответствует современным требованиям не только к диагностике нарушений, но и к определению тактики патогенетической интенсивной терапии и способствует своевременной ликвидации осложнений и сохранению жизни матери, оказавшейся в критическом состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балич Э.Я. Осложнения и особенности анестезии при абдоминальном родоразрешении. // Анестезиология и реаниматология, 1993. № 1 — С. 51—55.
2. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. — Мн: Выш. Шк., 1997. — 604 с.

3. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Издательство Петрозаводского университета. Петрозаводск, 1997. — 397 с.

4. Интенсивная терапия: пер. с англ. доп. // Гл. ред. А.И. Мартынов — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — ISBN 5-88816-025-3. The ICU book // Paul L. Marino // Philadelphia, Williams & Wilkins-ISBN 0-8121-1306-3.

5. Кулаков В.И., Прошина И.В. Экстренное родоразрешение. Издательство НГМА, 1996. — 276 с.

6. Lectures presented at the 7-th All-Russia of anaesthesiologists and reanimatologists. — Peterburg, Russia, 2000. — P. 95.

7. Медвединский И.Д., Зислин Б.Д., Юрченко Л.Н. // Концепция развития полиорганной недостаточности на модели гестоза // Анестезиология и реаниматология — 2000 — № 3 — С. 48—52.

8. Пура К.Р., Левинзон А.С. Варианты коррекции гемодинамических нарушений при кесаревом сечении в условиях длительной эпидуральной анестезии // Анестезиология и реаниматология — 2003 — № 2 — С. 17—22.

9. Герасимович Г.И. Поздний гестоз беременных. // Медицинские новости. — 2000. — № 4. — С. 3 — 16.

10. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. Ростов-н-Д.: Изд-во «Феникс», 1997. — 640 с.

УДК 616.281-008.55-08-036.8

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

В.Я. Латышева, В.П. Михновец

Гомельский государственный медицинский университет

Болезнь Меньера относится к тяжелым пароксизмальным состояниям, которые приводят к значительным трудопотерям, нередко к потере профессии и ухудшению качества жизни. Установлено, что своевременная диагностика заболевания, комплексное консервативное и оперативное лечение с ранней интеграцией медицинской реабилитации в терапию болезни Меньера способствуют снижению трудопотери, купированию приступов, социальной адаптации больных в семье, обществе и улучшению качества жизни.

Ключевые слова: болезнь Меньера, фармакотерапия, оперативное лечение, алгоритм купирования пароксизма, медицинская реабилитация, качество жизни.

TREATMENT AND REHABILITATION OF MENIERE'S DISEASE PATIENTS

V.Ya. Latysheva, V.P. Mihnovets

Meniere's disease is related to heavy proximal states which lead to significant inability to work, loss of a profession and quality of life. It has been defined that prompt diagnostics of the disease, complex conservative and operative treatment with early integration of medical rehabilitation into Meniere's disease therapy promote reduction of inability to work, rapid relief of symptoms, social adaptation of patients in families and society, and improvement of quality of life.