

хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК). Вторую группу составили пациенты, перенесшие артериальную реконструкцию в связи с критической ишемией нижних конечностей, в том числе 23 чел., оперированные по поводу 3 стадии ХАННК и 22 чел. – 4 стадии. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц. Закономерности течения РРС оценивались по показателям кислородтранспортной функции (PO_2 , $p50_{\text{станд}}$, $p50_{\text{реальн}}$, СГК) и прооксидантно-антиоксидантного состояния (диеновые конъюгаты и основания Шиффа, α -токоферол и β -каротин) крови, полученной из подкожной вены тыла стопы. Забор крови для исследования осуществлялся до, на 6 и 11 сутки после выполнения реконструктивной артериальной операций. Обработка полученных данных проводилась с использованием программ EXEL и STATISTIC.

Найдено, что при ХАННК у больных ОА бедренно-подколенного сегмента развивается сложный гипоксический синдром, характеризующийся сочетанием всех известных типов гипоксии, более выраженный при критических стадиях ишемий нижних конечностей. Одновременно происходит сдвиг прооксидантно-антиоксидантного равновесия крови в сторону активации свободно-радикального окисления и истощения антиоксидантной системы. Показатели ПОЛ у больных с критической ишемией нижних конечностей в 1,4 - 2,3 раза превышают, а антиоксидантной системы в - 1,2 - 1,4 раза оказываются ниже соответствующих значений у лиц со 2б стадией ХАННК. Восстановление артериального кровотока в нижних конечностях характеризуется отсутствием нормализации КТФ. У больных наблюдается повышенное поступление p_vO_2 из кровотока к тканям на фоне снижения их способности к его утилизации. Степень возрастания p_vO_2 находится в прямо пропорциональной зависимости от исходной стадии ХНАК нижних конечностей. Прооксидантно-антиоксидантное равновесие смещается в сторону преобладания процессов ПОЛ, но с более выраженными сдвигами при критических стадиях ишемий нижних конечностей.

Следовательно, развитие РРС нижних конечностей у больных ОА, перенесших хроническую ишемию, зависит от исходной стадии ХАННК. Установленные закономерности в его патогенезе требует разработки способов коррекции реперфузионно-реоксигенационных повреждений тканей с учетом стадии ХАННК.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Довнар Р.И.

Слонимская центральная районная больница, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич

До выполнения радикального хирургического вмешательства подавляющее число больных варикозной болезнью нижних конечностей не проходят консервативного лечения. На этом фоне хроническая венозная недостаточность нижних конечностей у них неуклонно прогрессирует.

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности комплексной предоперационной подготовки больных, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей.

Проанализированы результаты лечения в амбулаторно-поликлинических условиях 24 больных, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. Из них мужчин было 9 человек, женщин – 15. Средний возраст пациентов равнялся $48,6 \pm 1,5$

годам. Длительность заболевания варикозной болезнью нижних конечностей составила $14,2 \pm 0,9$ лет. Стадия субкомпенсации венозной гемодинамики имелась у 17 больных, декомпенсации – у 7. При декомпенсированной стадии гемодинамических нарушений длительно не заживающая трофическая язва на медиальной поверхности нижней трети голени имелась у 4 пациентов, гиперпигментация с гиперкератозом в нижней трети медиальной поверхности голени – у 3. Больных обследовали физикально в сочетании с функциональными пробами.

Предоперационная подготовка пациентов проводилась с учетом стадии нарушений венозной гемодинамики в нижних конечностях и включала медикаментозное и немедикаментозное лечение. Основу медикаментозной предоперационной подготовки включал препарат аэсцин в таблетированной форме и в виде геля. Пациентам с субкомпенсированной стадией венозной гемодинамики в нижних конечностях предписывалось наносить аэсцин гель на голень 2 раза в сутки, а декомпенсированной - 3 раза в сутки. Одновременно больным назначался аэсцин в таблетированной форме: по 2 таблетки 3 раза в сутки. Больным с трофическими язвами на голени проводилась их санация с учетом фазы течения раневого процесса. Немедикаментозное лечение включало применение лечебного медицинского трикотажа. Предпочтение отдавалось эластическому бинтованию нижних конечностей. Кроме того, использовалось физиотерапевтическое лечение: при стадии субкомпенсации венозной гемодинамики назначались магнитные поля, а при декомпенсированной – магнитные поля и УВЧ.

Длительность курса предоперационной подготовки составила у больных с субкомпенсированной стадией нарушения венозной гемодинамики $7 \pm 1,2$ дня, а декомпенсированной – $14 \pm 1,5$ дня.

Проводимое комплексное предоперационное лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей позволило улучшить состояние венозной гемодинамики в нижних конечностях, что проявлялось субъективными и объективными клиническими признаками. Прежде всего, при стадии субкомпенсации венозной гемодинамики купировался судорожный синдром в нижних конечностях в ночное время и снизилась на $1,9 \pm 0,5$ см интенсивность отека в нижней трети голени. У больных с декомпенсированной стадией венозной гемодинамики интенсивность отека в нижней трети голени уменьшилась на $1,5 \pm 0,6$ см. В 4 случаях отмечено заживление трофических язв, а в 3 – их диаметр уменьшился на $60,7 \pm 9,5\%$.

Таким образом, выполнение флебэктомии у больных с варикозной болезнью нижних конечностей предполагает проведение комплексной предоперационной подготовки с учетом стадии нарушения венозной гемодинамики в ногах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ТЕЙЛОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ

Долбик В.В., Лупаленко А.В., Мартысевич А.М.

Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – д.м.н. проф. В.С.Васильев

Многоликость факторов воздействия на организм человека при различной патологии отражаются в эмоциональном состоянии напряженностью (тревожностью), что всегда привлекает внимание интернистов при назначении и обосновании рациональной терапии (Васильев А.В., Васильев В.С., 2000; Васильев А.В. и др., 2005). Оценка объективизации уровня эмоциональных сдвигов в последние годы наиболее