

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

часто производится путем анкетирования пациентов, сопоставления результатов его с объективным состоянием больного. В практических условиях это вполне помогает решить проблему. В клинике в последние годы нами используется для этой цели шкала тревоги Ж.Тейлор (1953); состоящая из 40 утверждений, каждое из них оценивается одним баллом. Утверждения самим пациентом выбираются только наиболее подходящие для него. При оценке выделяют три степени тревожности: высокая (26-40 баллов), средняя (16-25 баллов) и низкая (0-15 баллов).

Анкетированию подвергнуто 278 больных с синдромом инфекционной диареи (острая дизентерия – 49, сальмонеллез – 73, гастроэнтероколит неустановленной этиологии – 156). Среди них мужчин – 148, женщин – 130. Возраст пациентов был от 16 лет до 51 года. За норму приняты данные клиники, полученные при анкетировании 264 практически здоровых людей, близких пациентам по половому и возрастному составу. Среди здоровых у мужчин низкий уровень тревожности у 88,5±3,61%, средний у 7,7±3,01%, высокий – 3,8±2,16%; у женщин показатели были, соответственно, 90,3±2,17%, 6,5±1,8% и 3,2±1,29%. Анкетирование больных проводилось на 1-2 день поступления в стационар, что совпадало с остротой клинических проявлений. Данные анкетирования обработаны статистически с расчетом процентной частоты по степени тревожности в зависимости от пола и нозологии.

В острый период диарейного синдрома (без учета патологии) у мужчин низкий уровень тревожности выявлен в 30,4±3,8%, средний в 61,5±3,9%, высокий у 8,1±2,2% случаев. У женщин показатели тревожности были, соответственно: 23,8±3,7%, 56,9±4,3%, 19,3±3,4%. Из представленных данных видно, что при остром диарейном синдроме отмечается существенное нарастание эмоционального напряжения в сторону средней и высокой её выраженности ($P<0,001$) за счет резкого снижения частоты низкой тревожности ($P<0,001$). Частота высокой степени эмоционального напряжения у женщин была существенно выше, чем у мужчин ($P<0,01$).

Таким образом, сам факт заболевания, острое его развитие, выраженный дискомфорт, связанные с диареей, интоксикация, обусловленная метаболическими нарушениями вызывает в организме пациента состояние серьезного эмоционального напряжения. Отмечено более выраженное проявление тревожности у женщин. Обнаруженные нарушения в эмоциональном статусе больных с синдромом диареи подтвердили перспективность использования анкетирования, результаты которого документировали этот факт. Аналогичные данные об эмоциональном нарушении при гепатопатологии были отмечены в клинике ранее (А.В. Васильев и др., 2005). Наличие самого факта эмоциональной напряженности в остром периоде болезни дает основание для коррекции с использованием как медикаментозного, так и психотерапевтического подходов. К сожалению, нами не выявлено существенных различий при оценке эмоциональной напряженности в зависимости от этиологии диареи, что можно объяснить как, возможно, недостаточным материалом, так и доминирующим влиянием болезни, как таковой, тем более, что эти заболевания были объединены общей симптоматологией (диарея).