

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Применение бактериофагов, как концепция лечебного и профилактического направления в медицине / Е. Е. Карабелеш [и др.] // Актуальные проблемы транспортной медицины. — 2008. — № 1 (11). — С. 135–139.
2. *Алсынбаев, М. М.* Биопрепараты и ведущие направления их лечебно-профилактического применения: монография / М. М. Алсынбаев, Ю. А. Медведев, М. М. Туйгунов. — Уфа: РИО филиала "Имунопрепарат" ФГУП "НПО "Микроген" МЗ РФ, 2008. — 100 с.
3. Фаготерапия воспалительных урогенитальных заболеваний у женщин / В. И. Кисина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 1996. — № 5. — С. 45–48.
4. *Акимкин, В. Г.* Использование бактериофагов в практике лечения различных нозологии хирургического и терапевтического профиля: методические рекомендации / В. Г. Акимкин, Н. А. Ефименко. — М., 1998. — С. 32–36.
5. *Парфенюк, Р. Л.* Микробиологические основы пероральной фаготерапии гнойно-воспалительных заболеваний: авто-реф. дис.... канд. биол. наук. — М., 2004. — 24 с.

УДК 616.147.3-007.64-089-036.8

### **БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Бандель В. Е., Колько А. П., Снежко Т. О.*

Научный руководитель: к.м.н. доцент *А. Г. Скуратов*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одним из наиболее надежных, информативных и экономичных методов изучения здоровья пациента и результатов лечения является оценка качества жизни (КЖ). В разработке методологии изучения КЖ важную роль сыграли исследования D. Karnovsky, A. McSweeney, предложившие оценивать КЖ на основе четырех аспектов (эмоциональном состоянии, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга). В настоящее время по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) КЖ оценивается по следующим критериям: физические, психологические, уровень независимости, общественная жизнь, окружающая среда, духовность.

У флебологических пациентов исследования КЖ являются перспективными для проведения анализа эффективности лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК). Ранее КЖ пациентов с заболеванием вен нижних конечностей оценивали при помощи общих опросников: NHP, SF-36, EuroQol [2]. Однако ни один из существовавших тестов в полной мере не позволяет адекватно оценивать КЖ при венозных заболеваниях. Это и привело к необходимости в разработке специфического опросника для пациентов с заболеваниями венозной системы. Изначально тест содержал анкету из 95 вопросов. После проведения длительного статистического и математического анализа была выпущена первая версия опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-1), состоящая из 18 пунктов: 17 — общих и 1 — оценивающий трудовую деятельность [2, 3]. Вторая версия опросника (CIVIQ-2), включает 20 вопросов, каждый из которых оценивался по шкале от 1 до 5 баллов [1]. При последнем анализе в опросник был включен пункт о влиянии состояния здоровья на ежедневную деятельность, что позволило использовать данный опросник как для работающих, так и для неработающих пациентов. Кроме перечисленного добавились вопросы, отражающие интенсивность боли при тромбофлебите и возможности больного выйти за пределы дома.

#### **Цель**

Исследовать ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с ВБНК при различных способах вмешательства на основании оценки качества жизни.

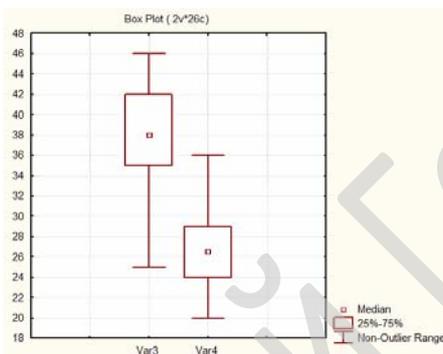
#### **Материал и методы исследования**

С помощью международного флебологического опросника CIVIQ-2 проведен сравнительный анализ КЖ 50 пациентов после операции по поводу ВБНК в отделении ма-

лоинвазивной хирургии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Суммарный балл выставлялся по шкале от 20 до 100, где 20 — наилучший показатель КЖ, а 100 — наихудший. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (N = 26) — пациенты, которым была выполнена (классическая) флебэктомия. Вторая группа (N = 24) — пациенты, которым была выполнена комбинированная флебэктомия с эндовенозной лазерной коагуляцией. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и степени хронической венозной недостаточности. Оценивали КЖ в ближайший (1–3 месяца после операции) и в отдаленный (2–3 года после операции) послеоперационный периоды.

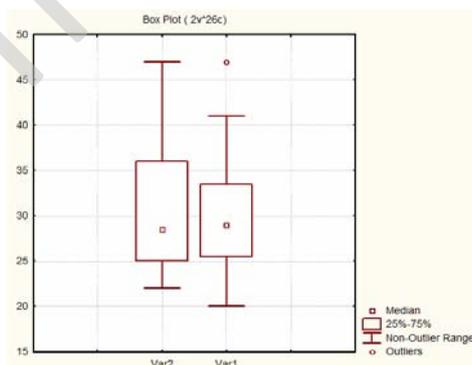
### **Результаты исследования и их обсуждение**

После традиционной флебэктомии при оценке КЖ было отмечено ухудшение показателей у пациентов на ранних сроках (1–3 мес) до 38 [35–42] (Me [25–75 %]) и гораздо лучшие показатели после эндовенозной лазерной коагуляции: 26,5 [24–29] — в этом же периоде. Различия были статистически значимыми ( $P < 0,001$ ; критерий Манна–Уитни) (рисунок 1).



**Рисунок 1 — КЖ после традиционной флебэктомии (Var3) и эндовенозной лазерной коагуляции (Var4) в ближайшем послеоперационном периоде**

В отдаленном послеоперационном периоде (до 2–3 лет) суммарный балл КЖ в группе стандартной флебэктомии улучшился и практически сравнялся с показателями второй группы: 28,5 [25–36] после стандартной флебэктомии и 29 [25,5–33,5] после комбинированной флебэктомии с эндовенозной лазерной коагуляцией), и при сравнении обеих групп статистически значимых различий не получено ( $P = 0,9$ ; критерий Манна–Уитни) (рисунок 2).



**Рисунок 2 — КЖ после традиционной флебэктомии (Var2) и эндовенозной лазерной коагуляции (Var1) в отдаленном послеоперационном периоде**

Оценка КЖ и его составляющих значительно дополняет характеристику патологического процесса у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, его динамику под влиянием лечебных мероприятий, представляя ценную информацию о реакции пациента на болезнь и проводимую терапию, что способствует индивидуализации лечебного подхода. Дальнейшие исследования КЖ у флебологических пациентов являются перспективными для проведения дифференцированного анализа его параметров во взаимо-

связи с показателями клинического и специальных методов исследований, как в лечебном, так и в прогностическом аспектах.

### **Выводы**

1. Наряду с обычно оцениваемыми клиническими параметрами после перенесенного оперативного лечения не менее важным представляется исследование КЖ у пациентов с хроническими заболеваниями вен.

2. КЖ пациентов после проведения эндовенозной лазерной коагуляции при комбинированной флебэктомии вместо стандартного стрипинга большой подкожной вены выше по сравнению с традиционной флебэктомией в первые 1–3 месяца послеоперационного периода, но не имеет статистически значимых различий в отдаленном послеоперационном периоде (через 2–3 года).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бокерия, Л. А. Оценка качества жизни пациентов после радикального хирургического лечения варикотромбофлебита с использованием опросника CIVIQ-2 / Л. А. Бокерия, С. И. Прядко, А. В. Сергеев // *Анналы хирургии*. — 2009, № 4. — С. 11–15.
2. Сергеев, А. В. Особенности исследования качества жизни у пациентов с заболеваниями венозной системы нижних конечностей / А. В. Сергеев // *Флебология*. — 2009. — № 2. — С. 27–31.
3. Стойко, Ю. М. Мониторинг качества жизни у больных варикозной болезнью вен нижних конечностей с использованием препарата Венарус / Ю. М. Стойко, В. Г. Гудымович // *Хирургия*. — 2010, № 6. — С. 46–51.

**УДК 615.2:579.861.2**

## **НОСИТЕЛЬСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

**<sup>1</sup>Бандура В. В., <sup>1</sup>Загорей В. С., <sup>2</sup>Воротницкая М. Ю.**

**Научный руководитель: к.б.н., доцент Л. Н. Усачева**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**<sup>2</sup>Учреждение образования**

**«Белорусский государственный университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

В 50–60-х гг. прошлого столетия золотистый стафилококк называли «чумой XX века», и это не просто метафора: по данным ВОЗ, в 1966 г. в экономически развитых странах только от одной из форм стафилококковой инфекции — сепсиса — умерло больше людей, чем от брюшного тифа, паратифа, дизентерии, скарлатины, коклюша и полиомиелита вместе взятых [1]. Несмотря на то, что впоследствии этот термин перешел к ВИЧ-инфекции, в настоящее время *S. aureus* по-прежнему остается на острие медицинских проблем. Так, по сведениям Министерства здравоохранения РФ, при изучении этиологии фатальных внебольничных пневмоний (исследовался аутопсийный материал) наиболее частыми бактериальными возбудителями являлись *K. pneumoniae*, *S. aureus* и *S. pneumoniae* — 31,4, 28,6, 12,9 % от всех выделенных изолятов соответственно [2]. В то же время, широко распространено бессимптомное носительство стафилококка. Основной экологической нишей в организме считают преддверие полости носа и носоглотку. Длительные наблюдения свидетельствуют о том, что приблизительно 20 % (12–30 %) людей относятся к постоянным носителям, 30 % (16–70 %) — к транзиторным, а у 50 % (16–69 %) золотистый стафилококк не обнаруживают [3].

Как правило, стафилококк вызывает заболевание и, следовательно, представляет опасность только для человека с ослабленным иммунитетом. Однако особое внимание обращает на себя категория медицинских работников, верхние дыхательные пути которых заселены золотистым стафилококком. Контакт таких носителей с пациентами может стать причиной стафилококковой инфекции. В связи с этим, обследование медперсонала и студентов медицинских ВУЗов на носительство золотистого стафилококка является актуальной задачей.