

С.В. ШАХРАЙ

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНЫМ ЗУДОМ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Республика Беларусь

Цель. Изучить качественные показатели физического и эмоционально-психического здоровья у пациентов с идиопатическим анальным зудом.

Материал и методы. Проведено анкетирование больных с идиопатическим анальным зудом по опроснику SF-36 и тесту Спилбергера-Ханина. Опрошено 123 пациента, с целью достоверности результатов обследования выбрана группа больных женского пола в возрастном промежутке 25–34 года с длительностью заболевания 1–2 года.

Результаты. Анализ показателей качества жизни свидетельствует о снижении уровня душевного и физического благополучия у пациентов в исследуемой группе. При оценке уровня ситуационной тревожности у опрошенных больных выявлено повышение данного показателя до $48,2 \pm 4,72$, что свидетельствует о высокой реактивной тревожности у пациентов (> 46) и о наличии невротического конфликта с эмоциональными срывами.

Заключение. Первичный анальный зуд является патологией, в значительной мере изменяющей качество жизни пациента в сторону ухудшения его психо-эмоционального состояния и влияющего на физическую активность. Наличие у больного длительно существующего анального зуда повышает у него уровень ситуационной тревожности, являясь фактором дестабилизации эмоционального состояния.

Ключевые слова: анальный зуд, качество жизни, ситуационная тревожность

Objectives. To study qualitative indexes of physical and psychic-emotional health in patients with idiopathic anal itching.

Methods. Survey of patients with idiopathic anal itching was done by questionnaire SF-36 and Spielberger-Khanin test. 123 patients were questioned; the group of female patients aged 25-34 with duration of the disorder 1-2 years was chosen aimed to make the investigation results reliable.

Results. The analysis of quality of life testifies to the decrease of mental and physical well-being level in the patients of the investigated group. When estimating the level of the situational anxiety in the questioned patients, the increase of this figure up to $48,2 \pm 4,72$ was revealed; it testified to high reactive anxiety in patients (> 46) and to the presence of the neurotic conflict with emotional distresses.

Conclusion. The initial anal itching is a pathology which changes significantly the quality of a patient's life worsening his psycho-emotional state and influencing his physical activity. The presence of long lasting itching in a patient increases his level of the situational anxiety being a factor of the emotional state destabilization.

Keywords: anal itching, quality of life, situational anxiety

Введение

Анализ литературных данных за последние 20 лет показывает устойчивую тенденцию к увеличению влияния ролевой значимости отдельных оценочных критериев на результаты внедрения новых инструментальных, фармакологических и орга-

низационных методик в лечении пациентов с точки зрения современной доказательной медицины. При этом, наряду с объективными критериями оценки достоверной эффективности внедряемого нового или модернизированного способа терапии, большая роль отводится субъективной оценке больными своего психического и

физического состояния до и после лечения. Немаловажными критериями оценки эффективности предлагаемых авторами новых методов лечения являются итоги многовекторного экономического анализа конечного лечебного результата. Пристальное внимание с этой позиции отводится экономии материальных ресурсов за счёт сокращения сроков лечения и реабилитации больного на фоне внедрения нового способа лечения и влиянию результатов лечения на производительность труда пациента. В свою очередь, производительность труда и работоспособность пациента напрямую зависят от его физического и психоэмоционального статуса, которые между собой также взаимосвязаны. В связи с этим, для принятия положительного решения о необходимости научного поиска в конкретном лечебно-профилактическом направлении или разработки новых клинических подходов к лечению того или иного заболевания авторы последнее время всё чаще прибегают к изучению фонового статуса патологии с точки зрения её влияния на психоэмоциональную сферу пациента, изменение в которой отражается на социальной роли человека и его работоспособности. Таким образом, оценка фонового психоэмоционального статуса пациента является важнейшим критерием эффективности лечения и отбора патологии для научных исследований и оптимизации схем лечения [1, 2, 3].

Среди пациентов с аноректальной патологией имеется целый ряд заболеваний или болезненных состояний, напрямую не влияющих на физическую работоспособность человека с точки зрения тривиальных подходов в её оценке и не требующих временного ограничения трудоспособности пациентов. Одним из таких заболеваний является анальный зуд.

Анальный зуд – патологическое состояние, характеризующееся упорным зудом

в области заднего прохода. Анальный зуд разделяют на первичный (синонимы: истинный, суигенный, криптогенный, идиопатический, нейрогенный, эссенциальный) и вторичный. Вторичный анальный зуд может быть симптомом основного проктологического заболевания – геморроя, анальной трещины, проктосигмоидита, папиллита, свищей, остроконечных кондилом, недостаточности сфинктера заднего прохода, а также других состояний и заболеваний: глистных инвазий, воспаления гениталий, грибковых поражений кожи, диабета, гидраденита, раздражения кожи вагинальным секретом, псориаза, себорейного дерматита, атопической экземы, аллергического дерматита, микробной экземы др. Если причины возникновения вторичного анального зуда, перечисленные выше, более или менее известны, то этиология первичного, истинного зуда этой области до конца не изучена. Заслуживают внимания исследования, указывающие на большую роль латентно протекающего хронического проктосигмоидита, хламидиозной и вирусной инфекции [4, 5, 6].

Целью работы является изучение качественных показателей физического и эмоционально-психического здоровья у пациентов с идеопатическим анальным зудом.

Материал и методы

Анализ ректальной патологии по результатам первичного приёма больных у хирурга поликлиники на территории обслуживания Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии за последние годы свидетельствует о постоянном росте обращений пациентов с жалобами на анальный зуд. За период с 2007 по 2009 год включительно в зоне обслуживания 421 280 человек было зарегистрировано 22 730 обращений с жалобами

на проблемы в аноректальной зоне, из них в 2 057 случаях на фоне жалоб на анальный зуд поставлены диагнозы: «анальный или переанальный дерматит», «острые анальные трещины», «анусит», «папиллит» и др. Диагностическая терминология зависела от опыта хирурга и визуального определения им морфологических изменений со стороны анального канала и перианальной области, поэтому сама формулировка диагноза у пациентов при однотипной клинической и морфологической картине была разнообразна, на что не стоит обращать существенного внимания. Вместе с тем, за три года отмечается рост обращаемости пациентов с данной проблемой – около 7,8%. Эффективность же назначаемого лечения была не высока, что заставляет пациентов при неуточнённой причине зуда не обращаться повторно в поликлинику по месту жительства, а искать помощи в частных центрах, у знакомых врачей или «народных целителей». С учётом этого, оценка реальной ситуации в плане роста заболеваемости среди этой категории больных затруднена. Общение с пациентами на консультативном приёме выявило два основных фактора, влияющих на обращаемость больных за помощью в государственные амбулаторно-поликлинические учреждения – это стеснительность пациента и, что скрывать, негативное отношение отдельных врачей к данной категории больных. При анонимном анкетировании 156 человек с анальным зудом установлено, что подавляющее большинство (86,7%) при отсутствии эффекта не обращалось после первичного визита к хирургу поликлиники повторно за помощью в государственные учреждения здравоохранения по причине «саркастического отношения» врача к нему. Проблема в том, что целый ряд хирургов поликлиник при наличии анального зуда и отсутствии при этом после осмотра у пациента видимой или знакомой

для врача патологии, со слов больных, находит различные аргументы с целью предотвратить последующий визит пациента к доктору, что, в свою очередь, реально осознаётся пациентом как нежелание медицинским сотрудником заниматься его проблемой. Поскольку данная патология не требует выдачи листа нетрудоспособности, то и дальнейшее сотрудничество больного и врача не имеет в большинстве случаев продуктивного продолжения.

Все выше сказанное, а также результаты анкетирования, продиктовали необходимость изучения влияния анального зуда на качество жизни пациентов, с точки зрения физического и психоэмоционального статуса.

Качество жизни является комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Понятие это основано на субъективном восприятии индивидуумом своего состояния и в медицинском понимании всегда связано со здоровьем. Инструментами оценки качества жизни являются общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины. Данные опросники создали возможность количественной оценки субъективного понятия о качестве жизни и позволили расширить представление врача о состоянии больного в целом. Общие опросники измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и могут быть использованы у любых пациентов, страдающих различными заболеваниями, а также для оценки качества жизни в популяции. Одним из наиболее широко распространённых общих опросников является Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [2, 3, 7].

По своей сути длительно существующее болезненное состояние с выраженным физическим дискомфортом, куда относит-

ся и анальный зуд, является мощным стрессовым фактором, влияющим на психологические и физиологические составляющие компоненты здоровья человека. Доказано, что длительно существующий стресс оказывает отрицательное влияние на психологическое и телесно-физиологическое состояние человека. На психологическом уровне следствием затяжного стресса и накопленных неотрагированных отрицательных эмоций являются беспокойство, тревога, подавленное настроение вплоть до депрессии, беспочвенная раздражительность и конфликтность, нарушение эмоциональных контактов и отношений с близкими людьми, стремление отгородиться от окружающей реальности. На телесном уровне дискомфорт, связанный со стрессом, может быть воспринят как симптом соматических болезней, формирующий, в свою очередь, ряд фобий. Тревога относится к элементам психической адаптации, связана с восприятием угрозы и имеет сигнальное биологическое значение. При умеренной выраженности или острой стрессовой ситуации она имеет адаптивное значение. При выраженной тревоге, не соответствующей развившейся ситуации, или хронической психической напряжённости тревога превращается в фактор, нарушающий адаптацию индивидуума, и рассматривается как дезадаптивный процесс, приводящий к развитию психической или психосоматической патологии. В структуре тревожности выделяют две составляющие: личностную тревожность как черту характера, определяющую готовность к тревожным реакциям, связанную с невротизмом и внушаемостью, и ситуационную тревожность, входящую в структуру психического состояния в каждый конкретный момент времени. Состояние ситуационной тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряжённостью, беспокой-

ством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Значение итогового показателя реактивной тревожности позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него. Одним из наиболее часто применяемых методов оценки реактивной тревожности является тест Спилбергера-Ханина [8].

Таким образом, для оценки качества жизни, его физического и психоэмоционального компонента, у больных с анальным зудом нами применён опросник Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) и тест Спилбергера-Ханина.

«SF-36 Health Status Survey». SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъём по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли или другой ведущий симптом заболевания (Bodily pain – BP) и его влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что заболевание значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-

Emotional – RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение её качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH). Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование.
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием.
- Интенсивность боли.
- Общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH). Составляющие шкалы:

- Психическое здоровье.
- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.
- Социальное функционирование.
- Жизненная активность.

Для оценки реактивной тревожности нами использован тест Спилбергера, который является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние. В нашей стране опросник употребляется в модификации Ю.Л. Ханина, которая им же была адаптирована к русскому языку. Обследуемому пред-

Бланк опросника ситуативной тревожности (Спилбергера-Ханина)

«СИТУАЦИЯ»		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я СПОКОЕН	1	2	3	4
2	МНЕ НИЧТО НЕ УГРОЖАЕТ	1	2	3	4
3	Я НАХОЖУСЬ В НАПРЯЖЕНИИ	1	2	3	4
4	Я ИСПЫТЫВАЮ СОЖАЛЕНИЕ	1	2	3	4
5	Я ЧУВСТВУЮ СЕБЯ СВОБОДНО	1	2	3	4
6	Я РАССТРОЕН	1	2	3	4
7	МЕНЯ ВОЛНУЮТ ВОЗМОЖНЫЕ НЕУДАЧИ	1	2	3	4
8	Я ЧУВСТВУЮ СЕБЯ ОТДОХНУШИМ	1	2	3	4
9	Я ВСТРЕВОЖЕН	1	2	3	4
10	Я ИСПЫТЫВАЮ ЧУВСТВО ВНУТРЕННЕГО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ	1	2	3	4
11	Я УВЕРЕН В СЕБЕ	1	2	3	4
12	Я НЕРВНИЧАЮ	1	2	3	4
13	Я НЕ НАХОЖУ СЕБЕ МЕСТА	1	2	3	4
14	Я ВЗВИНЧЕН	1	2	3	4
15	Я НЕ ЧУВСТВУЮ СКОВАННОСТИ	1	2	3	4
16	Я ДОВОЛЕН	1	2	3	4
17	Я ОЗАБОЧЕН	1	2	3	4
18	Я СЛИШКОМ ВОЗБУЖДЁН И МНЕ НЕ ПО СЕБЕ	1	2	3	4
19	МНЕ РАДОСТНО	1	2	3	4
20	МНЕ ПРИЯТНО	1	2	3	4

Показатель ситуативной (реактивной) тревожности подсчитывается по формуле:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 35, \text{ где:}$$

\sum_1 - сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18

\sum_2 - сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20.

лагается внимательно прочитать каждое из приведенных предложений опросника и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, как он себя чувствует в данный момент. Над вопросами рекомендуется долго не задумываться. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным, адекватным состоянию. Тестирование проводится с использованием бланка с вопросами (таблица 1).

Если РТ не превышает 30, то, следовательно, обследуемый не испытывает особой тревоги, т.е. у него в данный момент низкая тревожность. Если сумма находит-

ся в интервале 31–45, то это означает умеренную тревожность. При 46 и более — тревожность высокая. Очень высокая тревожность (> 46) прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Низкая тревожность (<12), наоборот, характеризует состояние как депрессивное, ареактивное, с низким уровнем мотиваций. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Результаты и обсуждение

В 11-ой клинической больнице г. Минска, являющейся базой городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии, проведено анкетирование больных с идиопатическим анальным зудом по опроснику SF-36 и тесту Спилбергера-Ханина. Опрошено 123 пациента, с целью достоверности результатов обследования выбрана группа больных женского пола в возрастном промежутке 25–34 года с длительностью заболевания 1–2 года. Особенность выбора указанной половой и возрастной категории продиктована необходимостью проведения сравнительной оценки полученных показателей с аналогичными в группе здоровых людей. В Республике Беларусь подобная стандартизация в популяционной выборке не проводилась, поэтому для сравнения взяты усреднённые показатели российских исследований у здоровых больных в группе по возрасту и полу сопоставимой с нашими пациентами (таблица 2). Русская версия SF-36 валидирована международным центром исследования качества жизни г. Санкт-Петербурга. При исследовании её психометрических свойств были подтверждены надёжность, валидность и чувствительность опросника к изменениям и получены популяционные средние показатели значений шкал SF-36 жителей г. Санкт-Петербурга, Москвы и отдельных регионов Российской Федерации в рамках проекта «ИКАР» [9].

Сравнительный анализ полученных показателей качества жизни и коэффициента реактивной тревожности говорит о снижении уровня душевного и физического благополучия у пациентов в исследуемой группе с хроническим первичным анальным зудом.

При оценке общего уровня ситуационной тревожности у опрошенных больных выявлено повышение данного показателя

до $48,2 \pm 4,72$, что говорит о повышении реактивной тревожности у исследуемых пациентов (> 30) и свидетельствует о наличии невротического конфликта с эмоциональными срывами. Групповой ступенчатый анализ уровня ситуационной тревожности, позволяющий распределить изучаемый параметр коэффициента тревожности среди опрошенных людей по абсолютной величине в стандартизованном методическом интервале, у больных с первичным анальным зудом показал следующее:

1. У 69 опрошенных пациентов (56%) коэффициент тревожности был выше 46, что говорит об «очень высокой реактивной тревожности» у данной анкетизируемой категории людей с наличием у них невротического конфликта с эмоциональными и невротическими срывами и прямой корреляцией психического состояния с существующей у пациента соматической патологией (первичного анального зуда), которая непосредственно индуцирует психоэмоциональный дисбаланс.

2. У 52 пациентов (42%) коэффициент тревожности находился в интервале 31–46, что говорит о наличии у них «умеренной реактивной тревожности», данный уровень коэффициента может коррелировать с наличием у пациентов стартового невротического дисбаланса, потенциально способствующего нарушению ряда ролевых функций у данной группы анкетизируемых людей.

3. У 2 пациентов (2%) коэффициент тревожности был меньше 12, что может характеризовать их состояние как депрессивное, ареактивное с низким уровнем мотиваций.

Стерификационный анализ симметричного отклонения показателей ролевого, физического и социального функционирования, а также жизненной активности пациентов опросника Short Form Medical Outcomes Study показывает существование

Средние значения показателей шкалы SF-36 у здоровых людей и пациентов с анальным зудом

СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛ SF-36 5 РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ РФ (n=481) возраст - 25-34 лет, женщины							
PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN
54,71±5,43	53,42±8,93	53,18±9,17	53,71±8,94	52,76±9,14	52,82±8,85	51,87±9,17	51,84±9,56
СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛ SF-36 у пациентов с анальным зудом (n=123) возраст - 25-34 лет, женщины.							
PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MN
47,71±4,31	45,22±7,02	46,11±3,12	49,81±6,17	47,16±2,31	48,11±5,24	44,92±6,36	42,81±5,25

корреляционных сдвигов по указанным шкалам с коэффициентом тревожности опросника Спилберга в интервальной группе с «очень высокой реактивной тревожностью» (56 пациентов), что может говорить о значительном влиянии рассматриваемой соматической патологии на ведущие параметры психоэмоционального статуса и социальной активности. Данный факт подтверждается регрессивными изменениями указанных показателей в исследуемой группе по сравнению со среднестатистической нормой (табл. 2). Сравнение же показателей физической активности, общего состояния и уровня выраженности основного проявления заболевания (ведущей жалобы) по опроснику SF-36 исследуемой группы со среднестатистическим вариантом нормы не показывает достоверных отклонений, что, учитывая наличие доказанных нарушений психоэмоционального равновесия, может интерпретироваться как нежелание пациента показывать степень влияния имеющейся у него деликатной патологии (анального зуда) на уровень жизненной активности и естественное отсутствие значительного воздействия заболевания на субъективную оценку общего физического состояния. Вместе с тем, обнаруженные изменения физического и особенно психоэмоционального состояния у больных с хроническим анальным первичным зудом может говорить о значитель-

ном влиянии данной патологии на показатели качества жизни пациента и иметь прямое отражение на уровне социальной активности этих больных, а также на продуктивность бытовой и трудовой деятельности.

Выводы

1. Первичный анальный зуд является патологией в значительной мере изменяющей качество жизни пациента в сторону ухудшения его психоэмоционального состояния и влияющего на физическую активность.

2. Наличие у больного длительно существующего анального зуда повышает у него уровень ситуационной тревожности, являясь, таким образом, фактором дестабилизации эмоционального состояния.

3. Анальный первичный зуд является для больного стрессовым фактором с высокой интенсивностью воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью лёгких / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2004. – 253 с.
2. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. – 313 с.
3. Применение характеристик качества жизни при оценке результатов лечения больных паховой гры-

жей / Т. К. Калантаров [и др.] // Социальные аспекты хирургической помощи населению в современной России: мат. Всерос. науч. конф. с междунар. участием, Тверь, 5–6 дек. 2008 г. / под ред. Е. М. Мохова. – Тверь, 2008. – С. 182-183.

4. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. – М.: изд-во «Медпрактика», 2001. – 300 с.

5. Шахрай, С. В. Анальная экзема в практике амбулаторного хирурга / С. В. Шахрай // Актуальные вопросы хирургии: материалы XXV Пленума Правления Ассоц. белорус. хирургов и Респ. науч.-практ. конф. – Борисов, 2008. – С. 339-340.

6. Шахрай, С. В. Анальный зуд в амбулаторной практике / С. В. Шахрай, Ю. М. Гаин // Актуальные вопросы экстренной хирургии: сб. науч. трудов респ. науч.-практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск: БГМУ, 2009. – С. 118.

7. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide / J. E. Ware [et al.]. – Lincoln RI: Quality Metric Incorporated, 2000. – 150 p.

8. Батаршев, А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев. – СПб.: Речь, 2005. – С. 44-49.

9. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т. И. Ионова [и др.] // Исследование качества жизни в медицине: тез. докл. Всерос. конф. с междунар. участием. – СПб., 2000. – С. 54-57.

Адрес для корреспонденции

220107, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Корженевского, д. 4, УЗ
«11-я клиническая больница»,
кафедра неотложной хирургии
с курсом амбулаторной хирургии,
тел. моб.: +375 29 627-89-84,
e-mail: s.shakhray@mail.ru,
Шахрай С.В.

Поступила 03.03.2010 г.

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:

О.П. Кезля, Л.В. Гивойно

Острый компартмент-синдром как осложнение переломов костей голени

В.В. Курек, А.Е. Кулагин

Осложнения и безопасность ребенка при проведении анестезиологического пособия