

схеме, общепринятой при лапароскопических вмешательствах. Все операции проводили под эндотрахеальным наркозом.

**Техника.** Операцию начинали с выполнения карбоксиперитонеума в объеме 3 л с помощью иглы Верещагиной по средней линии живота над пупочным кольцом. Далее в этой зоне в брюшную полость вводили безопасный 11 мм троакар с лапароскопом. После ревизии брюшной полости под контролем лапароскопа вводили 5 и 11 мм троакары с рабочими инструментами (ножницы и диссектор): по средней линии живота в эпигастрии, через круглую связку печени и ниже пупочного кольца на 3–4 см. Операционный стол наклоняли на противоположную зоне вмешательства сторону под углом 40°. После продольного рассечения брюшины, латерального канала, фиксируя зажимом внутренний лоскут брюшины, выполняли его тракцию вместе с толстой кишкой медиально. Далее ножницами рассекали фасцию Герота, что позволяло манипулировать в паранефральной клетчатке (4 стр. обложки, рис. 5).

После мобилизации почки и выявления кисты делали ее пункцию и эвакуацию содержимого для цитологического исследования. Затем, после частичного опорожнения кисты, с помощью эндоножниц производили ее вскрытие на малом участке (4 стр. обложки, рис. 6). Удаляли оставшееся содержимое кисты с обязательным выполнением кистоскопии. Осмотр полости кисты позволяет выявить редко встречающуюся опухоль в стенке кисты, произвести при необходимости биопсию для срочного гистологического исследования. Полость кисты обрабатываем 96% спиртом, затем вели иссечение купола кисты с помощью ножниц (4 стр. обложки, рис. 7). Стенку кисты иссекали на границе с неизмененной паренхимой почки, отступая от нее на 0,3–0,5 см. Выполняемая одновременно с резекцией электрокоагуляция краев стенки кисты на всем протяжении предотвращала возможность кровотечения. При капиллярной кровоточивости паранефральной клетчатки или зоны иссеченной капсулы кисты забрюшинно устанавливали дренаж до 1,0 см в диаметре. Дефект брюшины устраняли сведением ее листков и наложением клипс клиппапликатором или скобок – эндогерниостеплером. Проводили десуффляцию газа, извлечение троакаров и инструментов, ушивание микропорезов на коже.

Более сложными для удаления оказались кисты верхнего полюса почек, ввиду близости печеночного или селезеночного угла ободочной кишки, что требовало введения дополнительного 4-го троакара. При чрезбрюшинном лапароскопическом подходе более доступны для удаления являются кисты, расположенные по передней и латеральной поверхностям с локализацией в среднем и нижнем сегментах почки. Симультанные операции произведены 3-м пациентам. Наряду с лапароскопическим иссечением куполов кист почек (у 1-го из них – кисты обеих почек) 2 больным выполнено пупочное грыжесечение с пластикой пупочного кольца по Мейо, а у 1 – лапароскопическое клипирование и иссечение левой яичковой вены при варикоцеле. При иссечении купола кисты контралатеральной почки или клипировании яичковой вены при варикоцеле изменения или расширения хирургического доступа не требовалось. Длительность операций – от 40 до 100 минут; в среднем 58 минут. Осложнений не было. Выписка больных – на 3–4 сутки. Период нетрудоспособности составлял в среднем 6–7 суток.

Чрезкожная пункция кисты в зависимости от ее размера и локализации может представлять технические сложности. Рецидивы при этом методе лечения составляют 8–16%, а иногда – до 60% в течение 1-го года. Лапароскопические операции имеют преимущества: малая травматичность, срок госпитализации, число осложнений, отличный косметический эффект, экономическая эффективность и отсутствие рецидивов.

**Выводы.** Лапароскопическая операция является наиболее оптимальным методом лечения больных с кистами почек. Лапароскопический метод позволяет проводить симультанные операции (на органах брюшной полости и таза, забрюшинного пространства) без расширения оперативного доступа. Выполнение лапароскопических операций при кистах почек позволяет избежать рецидива заболевания, а сами операции отличаются малой травматичностью и экономически эффективны для больного, лечебного учреждения и учреждений социальной защиты населения. Для проведения лапароскопических операций необходимо современное эндоскопическое оборудование и соответствующая подготовка медицинского персонала.

**Литература**

1. Климов Д.Е. и др.// Эндоскопич. хир.– 2005.– №1.– С.60.  
2. Лопаткин Н.А. Урология.– М., 1994.– 271 с.

УДК 616.12-008.331.1:616.89

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

М.М. БУЧИНА\*, Е.И. КОПНИНА\*\*

Научно-технический прогресс резко увеличивает долю эмоциональных напряжений отрицательного характера и сокращает долю положительных эмоций, связанных с физической деятельностью человека, его общением с культурой и искусством [1]. Длительное действие психогенных факторов (конфликты, напряженность, недовольство и проч.) у ряда людей может вести к развитию соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (ГБ), бронхиальная астма, экзема, язвенная болезнь, мигрень и др. [2]. Физиологические и патологические изменения в организме зависят не только от характера стрессора, но и от способности человека преодолевать возникающие жизненные трудности и связанные с ними физиологические изменения в организме. Исследователи стали чаще обращаться к анализу способности людей справляться с жизненными обстоятельствами [3]. Здоровье – это результат эффективного преодоления стресса, а не простое следствие наличия или отсутствия его. Если человек успешно преодолевает жизненные трудности, они могут считаться минимальными стрессорами и не влияют на здоровье [4]. Если же человек не может справиться или нуждается в значительном усилии для их преодоления, то он испытывает состояние дистресса; который неблагоприятно действует на здоровье.

**Цель исследования** – выявление взаимосвязи между стратегиями преодоления стресса и особенностями клинических проявлений ГБ у пациентов со начальными стадиями заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 пациентов с ГБ I стадии (ср. возраст 45,9±1,3 г.) и 30 – с ГБ II стадии (ср. возраст 49,4±1,5 г.). Диагноз ГБ выставлялся на основании жалоб, анамнеза заболевания, наследственного анамнеза, физикального обследования, лабораторно-инструментальных данных по классификации ВОЗ – Международного общества гипертензии (1999), дополненной Европейским обществом по гипертонии и Европейским обществом кардиологов (2003). Для изучения стратегий преодоления стресса использовалась методика Е.Нейм «Варианты копинг-поведения».

**Результаты.** Анализ поведения больных с ГБ при стрессе позволил выделить группы пациентов: 1-я – лица, использующие адаптивные и/или относительно адаптивные копинг-стратегии и 2-я – лица, использующие неадаптивные копинг-механизмы. Соотношение используемых адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий у пациентов с ГБ демонстрирует табл. 1.

Таблица 1

**Выраженность адаптивных проявлений совладания со стрессом у пациентов в зависимости от стадии ГБ**

| Стадия ГБ | Лица, использующие адаптивные копинг-стратегии (1 группа) | Лица, использующие неадаптивные копинг-стратегии (2 группа) |
|-----------|---|---|
| I стадия  | 4 (20 %)  | 16 (80 %)   |
| II стадия | 10 (33 %)   | 20 (67 %)   |

На I стадии заболевания подавляющее число пациенток используют неадаптивные способы совладания. На II стадии ГБ число используемых адаптивных копинг-стратегий растет, неадаптивные выбираются больными реже. Но неблагоприятный перевес в сторону неадаптивных стратегий борьбы со стрессом сохраняется и на второй стадии заболевания.

Среди неадаптивных стратегий на I стадии ГБ преобладают поведенческие (активное избегание). По мере развития заболевания доля поведенческих неадаптивных механизмов уменьшается, изменяется их структура (к активному избеганию присоединяется отступление) (p<0,05). Прогрессированию заболевания сопутствует увеличение количества неадаптивных эмоциональных стратегий (p<0,1). К характерным для I стадии стратегиям «подавление эмоций», «самообвинение» на II стадии присоединяются «покорность» и «агрессивность».

Соотношение неадаптивных когнитивных стратегий борьбы со стрессом от стадии заболевания не зависит (табл. 1). У лиц, использующих неадаптивные копинг-механизмы, были более высокие цифры АД (дневное 163±3,05/95±2,7 мм рт. ст. при I стадии заболевания и 167±5,34/97±2,73 мм рт. ст. при II стадии) в сравнении с показателями лиц, использующих адаптивные

копинг-стратегии (150±3,54/88±2,04 мм рт. ст. и 153±3,86/93±3,02 мм рт. ст. соответственно) (p<0,05).

Таблица 2

Соотношение неадаптивных копинг-стратегий у лиц с ГБ в зависимости от сферы психической деятельности и стадии заболевания

| Сфера психической деятельности | I стадия ГБ            | II стадия ГБ           |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|
| Когнитивная                    | 10 (50 %)              | 15 (50 %)              |
| Эмоциональная                  | 6 (30 %) <sup>1</sup>  | 13 (43 %) <sup>2</sup> |
| Поведенческая                  | 12 (60 %) <sup>3</sup> | 9 (30 %) <sup>4</sup>  |

Примечание: достоверность различий – p (1-2) < 0,1, p (3-4) < 0,05.

У пациентов 2 группы более часто регистрировались на ЭКГ такие изменения, как нарушение внутрижелудочковой и внутрипредсердной проводимости, изменение процессов реполяризации, экстрасистолия (у 43,7% с I стадией заболевания и у 55% со II стадией), чем у пациентов 1 группы (0% и 20% соответственно) (p<0,1). По данным ЭхоКГ, диастолическая дисфункция левого желудочка регистрировалась у 10% лиц с ГБ II стадии, использующих адаптивные копинг-стратегии и у 50% с неадаптивным копинг-поведением (p<0,05).

**Выводы.** По мере прогрессирования ГБ число используемых неадаптивных копинг-механизмов уменьшается, меняется их структура со снижением доли неадаптивных поведенческих и нарастанием неадаптивных эмоциональных копингов. Это связано с изменением поведенческой активности и ростом уровня невротизации с течением болезни. Вне зависимости от стадии заболевания лица, использующие неадаптивные копинг-стратегии имели более высокий уровень АД, большие изменения на ЭКГ и ЭхоКГ.

#### Литература

1. Беляев О.В., Кузнецова З. // Кардиол.– 2006.– №4 – С. 20.
2. Бройтингам В. и др. Психосоматическая медицина / Пер. с нем.– М.: ГЭОТАР медицина, 1999.
3. Ивлева В.В., Карпова Э.Б. Психология отношения. Концепция В.Н. Мясичева и медицинская психология.– Спб., 1999.
4. Судаков К.В. // Ж. неврол. и психиатр.– 2005.– №2 – С. 4.

УДК 616

#### ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ЦИТОМЕГАЛИИ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Т.А. ЧИКИНА, В.В. БЕЛОПАСОВ, Н.Н. ЛЫЧМАНОВА\*

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) характеризуется широким спектром клинических проявлений и вариантов течения. Хорошо известны негативное влияние на организм будущей матери течения беременности и родов, соматический и неврологический статус внутриутробно инфицированных новорожденных. Профилактическое лечение ЦМВИ – одна из мер предупреждения последствий вирусемии.

Нами апробирована схема, предложенная научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, включающая курсовое назначение виферона, иммунокорректирующих и метаболических средств. Катамнестическая оценка результатов лечения показала обоснованность выбранной тактики ведения беременности у женщин с латентно протекающей ЦМВИ.

У 27 лечившихся матерей при равной соматической отягощенности по сравнению с группой нелеченных женщин снизилась частота экстрагенитальных осложнений – таких, как угроза прерывания беременности (на 33,3%), гестозы (на 22,3%), фетоплацентарная недостаточность (на 11,7%), анемия (на 17,5%), ОРВИ (на 12,6%), что хорошо сказалось на состоянии здоровья новорожденных: отсутствие IgM ЦМВ, предранних белков к ЦМВ, что говорит о том, что не было активации вируса во время беременности у их матерей. Дети имели массу 3052±0,146 кг, рост 50±0,2 см, отсутствовали инфекционные

осложнения; в единичных случаях отмечены анемия и желтушный синдром, носящий транзиторный характер.

Следствием положительного влияния терапии на экстрагенитальную заболеваемость, течение беременности и родов стало сокращение числа детей родившихся в асфиксии, недоношенными, с клиническими проявлениями ЗВУР. На основании комплексной оценки асфиксия I степени диагностирована у 6 новорожденных (22,2%), недоношенность у 2 (7,4%), ЗВУР у 3-х (11,1%). Неврологическая симптоматика у этих детей представлена при рождении чаще в виде синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Выявленные в 59,3% случаев признаки перивентрикулярной ишемии (нейросонограмма) регрессировали в ближайшие недели, отсроченная транзиторная дилатация боковых желудочков была у 5 детей, степень ее выраженности была легкой или умеренной.

В отличие от этого отсутствие лечения у инфицированных ЦМВ женщин негативно сказалось на состоянии их здоровья: высокая частота осложнений беременности и родов: угроза прерывания (69,7%), гестозы (63%), анемия (43,4%), преждевременное излитие вод (52,2%), «зеленые» воды (58,7%), послеродовой эндометрит (23,9%). У 41,3% матерей имелись признаки фетоплацентарной недостаточности, морфологической основой которой были хореоамнионит (32,6%), дефицит кровоснабжения (39,1%). При исследовании крови детей получен положительный результат при исследовании на предранние белки к ЦМВ (26%), что можно считать подтверждением активации ЦМВ у беременных. Большая их часть родилась в асфиксии (I степень – 18, II степень – 9), недоношенными (7), с ЗВУР (9), у половины (52,2%) состояние оценено как средней тяжести. В остром периоде имелся симптомокомплекс нарушения сознания (21,7%), внутричерепной гипертензии (54,3%).

У всех имелась картина перивентрикулярной ишемии, в 39% случаев – ВЖК I и II степени. При динамическом наблюдении к концу 1 года жизни отмечено развитие дилатации боковых желудочков (21,7%), расширение субарахноидальных пространств (30,4%) и межполушарных щелей (28,3%). В отсутствие симптомов внутричерепной гипертензии, увеличения размеров окружности головы, эти изменения можно рассматривать как выражение атрофического процесса. Обратное развитие кист сосудистого сплетения головного мозга наступало только к 4 месяцу. В возрасте 1 года у 22% детей имелись двигательные нарушения, что неблагоприятно из-за высокого риска формирования ДЦП. Именно эти дети при отсутствии клиники ЦМВИ перенесли инфекционно-воспалительные заболевания другой этиологии (ОРВИ, бронхит, пиелонефрит, кишечная инфекция), пик развития – 3–6 месяцев.

Своевременная иммунокорректирующая противовирусная, и метаболическая терапия уменьшает активность ЦМВИ, снижает риск инфицирования плода и новорожденного, положительно влияет на развитие беременности, течение родов, функционирование системы «мать – плацента – плод», уменьшает выраженность соматических и церебральных осложнений, возникающих в ходе развития ребенка.

УДК 612.112.3:616-093:616.345

#### ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТОЗА ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА, СВЯЗАННОЙ С БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ

В.М. КУДРОВА, Ю.Ю. КРАСНОПЕРОВА, Н.И. ПОТАТУРКИНА-НЕСТЕРОВА, А.С. НЕСТЕРОВ\*

В стране ежегодно официально регистрируется более 1,3 миллионов больных паразитозами, отмечается рост заболеваемости кишечными протозоозами. Особую актуальность приобретает широко распространенная «новая» протозойная инвазия, обусловленная паразитированием простейших *Blastocystis hominis* в толстом отделе кишечника – бластоцистоз. Исследованиями [1] впервые установлена протозойная природа *B.hominis*, уточнено их таксономическое положение. Получены эпидемиологические, клинические и лабораторные данные, подтверждающие этиопатогенетическую роль *Blastocystis hominis* в патологии, развивающейся на фоне снижения резистентности организма. В кишечнике возбудитель участвует в формировании

\* Астраханская медицинская академия

\* ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Адрес: 432700, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, д.42, тел/факс 8(8422)32-29-80