

пьющие – группа риска), выявлен широкий диапазон применяемых копинг-стратегий. Соотношение конструктивных и деструктивных механизмов совладания обуславливает динамику развития болезни. Наличие конструктивных стратегий совладания свидетельствует о сохранности адаптационных способностей в условиях стресса. Деструктивные копинги, вероятно, создают возможности перехода от бытового пьянства в группу риска с последующим формированием зависимости. Следует заметить, что неадаптивные копинг-стратегии формируются (фиксируются) в процессе становления заболевания (алкогольной болезни). Вариант копинг-стратегии «компенсация», активно применяемый группой риска, подтверждает компенсаторно-приспособительную природу алкоголизма. Копинг-стратегии «религиозность», «сохранение самообладания», «эмоциональная разрядка», «отвлечение» препятствуют приему спиртных напитков. Выявление доминирующих копинг-стратегий в условиях стресса, позволяет выявить места наименьшего сопротивления в структуре личности, целенаправленная коррекция которых может предотвратить формирование алкогольной аддикции и существенно повысить эффективность психологической составляющей профилактической работы с группой риска.

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ УКОРОЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Волчкова И.С.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Цель исследования: изучить влияние размеров хиатусной грыжи на вероятность развития укорочения пищевода (КП).

Материал и методы

В исследование включено 75 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Нами проведены измерения хиатусного отверстия диафрагмы при помощи гибкого металлического ретрактора «Гольдфингер» с нанесенными на него сантиметровыми метками и определены метрические величины укорочения пищевода у пациентов с ГПОД по методу Mattioli et al (1998).

Все оперированные пациенты в зависимости от размера хиатусного отверстия были разделены на 4 группы. Первая группа – W1-пациенты с малым расширением пищевода хиатуса – до 3 см ($2,5 \pm 0,6$), $n=4$; вто-

рая группа – W2-пациенты со средним расширением пищевода хиатуса – от 3-х до 5 см ($4,77 \pm 0,5$), $n=26$; третья группа – W3 с большим расширением пищевода хиатуса – от 5 см до 8 см ($6,8 \pm 0,77$), $n=31$; четвертая группа – W4 с гигантским расширением пищевода хиатуса – 8 см и более ($10,1 \pm 1,0$), $n=14$. Все случаи укорочения пищевода устранены лапароскопически. После оперативной мобилизации пищевода размещали его абдоминальный отдел на расстоянии от 2,5 до 3 см ниже диафрагмы.

Результаты

В первой группе у пациентов с малым расширением пищевода хиатуса, укорочения пищевода не наблюдалось. Во второй группе, из 26 оперированных, у 3 выявлено укорочение пищевода 1-й степени. Третья группа имела наибольшее количество укорочений пищевода – у 15 из 31 пациента. При этом КП первой степени выявлен у 14 больных, а КП второй степени у 1 пациента. В четвертой группе из 14 пациентов у 7 было укорочение пищевода, из них 1-й степени у 4 и 2-й степени у 3 больных. Следует отметить, что среди оперированных 75 пациентов нами не выявлено ни одного случая истинного нередуцируемого (врожденного) КП. Лапароскопическая интрамедиастиноскопическая диссекция была эффективна в 100% случаев приобретенного КП.

Выводы

1. По нашим данным, у 33% оперированных пациентов по поводу ГЭРБ с ГПОД наблюдается приобретенное (ложное) укорочение пищевода различной степени.

2. Лапароскопическая интрамедиастиноскопическая диссекция является безопасным и эффективным методом устранения приобретенного (ложного) укорочения пищевода.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И-АПФ И ДИУРЕТИКАМИ

Горшунова Н.К., Мауер С.С., Смагина А.В.

Государственный медицинский университет, Курск, Россия

С целью исследования изменений биомаркеров эндотелиальной дисфункции после ман-