

нее и равное 10^3 КОЕ/мл) в 12,4%, умеренная (10^4 КОЕ/мл) 25,8 %, высокая (10^5 КОЕ/мл и более) 61,8 %.

Учитывая вышеперечисленное можно сделать следующие выводы:

1. Ведущая роль в развитии гестационного пиелонефрита по данным микробиологического пейзажа принадлежит стафилококкам, энтерококкам и кишечной палочке, а в 15 случаях обнаружены микробные ассоциации, что должно учитываться при проведении дезэскалационной терапии беременным женщинам до получения результатов микробиологического исследования.

2. У каждой пятой беременной женщины микробная флора в моче не высеяна при наличии комплекса клинических признаков гестационного пиелонефрита.

3. В 13,4 % случаев обнаружена *Candida albicans*, вероятно, появление которой связано с иммунодефицитным состоянием в виду подавления гуморального иммунитета прогестероном.

4. Микробиологическое исследование мочи у беременных женщин в критические сроки развития пиелонефрита может использоваться в качестве скринингового теста для повышения качества диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Пустотина О.А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц // Трудный пациент. – 2005. – № 9. – С. 27–35.

2. Данкович Н.А. Беременность и пиелонефрит// Репрод здоровье женщины. – 2005. – №3. – С. 10–13.

3. Кокая А.А., Добротина А.Ф., Егорова Н.А. Особенности фетоплацентарной системы и состояние плода у беременных с хроническим и гестационным пиелонефритом // Вестн ВолГМУ. – 2003. – № 1. – С. 51–55.

4. Мировая статистика здравоохранения 2009 год. Всемирная организация здравоохранения.

5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Третье издание. – М.: Триада, 2005. – 816 с.

6. O'Neill M.S., Hertz-Picciotto I., Pastore L.M., Weatherley B.D. Have studies of urinary tract infection and preterm delivery used the most appropriate methods? // Paediatr. & Perinatal. Epidem. – 2003. – Vol. 17. – P. 226–233.

ГОМЕОСТАЗИС НЕЗДОРОВЬЯ: ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ

Булгакова О.С.

Научно-практический центр

«Психосоматической нормализации»,

Санкт-Петербург

e-mail: bulgak_os@mail.ru

В здоровом организме действуют первичные и вторичные стрессоустойчивые психофизиологические функциональные системы. К первичным системам относятся системы жизненно важные, например: мозг, сердце, легкие, гормональная система. К системам второго порядка организм относит кожу, опорно-двигательную и мочеполовую системы, желудочно-кишечный тракт.

Психофизиологические функциональные системы являются интегрирующими и регулирующими структурами организма. А альтернативные (псевдопатологические) психофизиологические функциональные системы являются основой для формирования «гомеостаза нездоровья» – присущей любому организму, при любой тяжести его патологии, постоянной адаптационной среды, поддерживающей жизнь организма в оптимальном для него действующем режиме, зачастую за счет минимизации или прекращения работы отдельных, как ему кажется на данный момент времени, не жизненно важных функций, которые и являются вторичными стрессоустойчивыми психофизиологическими функциональными системами.

При возникновении и развитии различных психогенных или психосоматических дисфункций вначале формируется «первичный психологический гомеостаз нездоровья», при котором доминирует изменение личностных и поведенческих характеристик. При ухудшении состояния он трансформируется во «вторичный психофизиологический гомеостаз нездоровья», когда происходят изменения в работе уже и психологических и физиологических функций.

Во время лечения психосоматозов, которые представляют собой растянутый во времени, постоянно подкрепляющийся стрессами различного характера, следовой постстрессорный эффект, сопровождающийся формированием в центральной нервной системе альтернативной (травмирующей) адаптационной доминанты, свидетельствующей о состоянии неудовлетво-

рительной адаптации, изменяется «гомеостазис нездоровья». И может временно сформироваться «мигрирующая клиническая картина», являющаяся так же альтернативной. Это выражается в том, что в течение коррекционного процесса симптоматика соматических проявлений может меняться, то есть на определенном этапе коррекции происходит «физиологическая провокация», выражающаяся в проявлении дисфункции совершенно другого органа или системы. Фактически формируется новая временная «альтернативная психофизиологическая функциональная система», отражающая устойчивость системного патологического процесса в гомеостазисе организма.

Во время коррекции при формировании «мигрирующей клинической картины» и подпороговым изменении «гомеостаза нездоровья» затрагиваются только вторичные стрессоустойчивые психофизиологические системы. Н-р: симптоматика дискинезии желчно-выводящих путей меняется на симптоматику острого аднексита, а усиленная кожно-гальваническая реакция на симптоматику острого гастрита. А при надпороговым изменении «гомеостаза нездоровья» меняются и вторичные и первичные структуры организма.

Таким образом, существование первичных и вторичных стрессоустойчивых психофизиологических функциональных систем в организме является жизнеобеспечивающим адаптационным механизмом и должно учитываться во время коррекционного вмешательства.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Волчкова И.С.

*АО «Медицинский университет Астана»,
Астана, Казахстан*

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни путем применения нового метода лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом.

Материалы и методы

Изучены результаты оперативного лечения 30 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ,

по поводу которой им был выполнен разработанный метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки. Критерием эффективности были субъективная послеоперационная оценка самим пациентом излечения от проявлений рефлюкс-эзофагита, отраженная письменно на бланке специализированного опросника GERD-HRQL, объективные данные эндоскопического обследования, данных суточной рН-метрии и пищеводной манометрии.

Результаты исследования

Оперированные пациенты активизировались через $19,5 \pm 1,3$ часов. Показатель послеоперационного пребывания составил $5,0 \pm 1,1$ койко-дней. Дисфагия 1 степени, но с прохождением твердой пищи наблюдалась у 2 пациентов в срок 1 месяц. К 3 месяцу отмечена тенденция снижения частоты дисфагии составившей 3,3 %. К 6 месяцам дисфагии не наблюдали. Основным показателем неэффективности операции мы считаем возврат изжоги, который у наших пациентов не наблюдался. При анализе результатов опроса пациентов обобщенный показатель GERD-HRQL (лучший результат равен 0, а худший результат 50), на 3 месяц после операции составил $5,2 \pm 0,7$, через 1 год – $4,7 \pm 0,2$ баллов. Через 1 месяц среди пациентов с эрозивной формой ГЭРБ эзофагит 1 стадии выявлен у 4 (17,4 %). Через 6 месяцев явлений эрозивного эзофагита не выявлено, что свидетельствовало об устранении рефлюкс-эзофагита и полном заживлении дефектов в слизистой оболочке пищевода. Манометрия в покое составила значения к 3 месяцу $14,6 \pm 0,9$ мм рт. ст, а к 1 году $13,5 \pm 0,1$ мм рт. ст. После операции отмечено снижение показателя общего времени с $\text{pH} < 4$ до нормальных значений ($3,6 \pm 2,0$). К нормальным значениям вернулись показатели процент времени с $\text{pH} < 4$ стоя – $8,1 \pm 6,8$, а так же послеоперационный процент времени с $\text{pH} < 4$ лежа – $2,9 \pm 1,3$.

Таким образом, проведенное исследование позволило подтвердить функциональную состоятельность разработанной лапароскопической операции в ближайшие и отдаленные сроки после операции. Данная методика предупреждает развитие нарушений проходимости и пропульсивной способности пищевода, рецидив симптомов ГЭРБ, что позволяет повысить качество жизни пациентов после операции.