

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 надпороговом 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.