

43 дня, а средний срок составил  $25,1 \pm 2,8$  дней ( $p < 0,05$ ). Таким образом, длительность выделения микроорганизмов из организма животных зависела от начального уровня антилактоферриновой активности клонов простейших бластоцист.

Экспериментальный инфекционный процесс, вызванный клоном *B. hominis* с антилактоферриновой активностью («АЛФА +»), носил затяжной характер. Клон длительно высевался из кишечника мышей, микробная обсемененность стенок кишечника постоянно находилась на высоком уровне. Распространенность АЛФА в популяциях данного клона в течение экспериментальной инфекции составляла 80-90%. Клон изначально характеризовался гетерогенностью популяций по антилактоферриновому признаку. Неоднородность популяционного состава клона *B. hominis* по АЛФА, вероятно, представля-

ет своеобразный резерв для изменчивости под влиянием факторов естественной резистентности организма. Наличие высокого уровня антилактоферриновой активности у простейших *Blastocystis hominis* позволяет ему длительно находиться в макроорганизме.

Выводы. Установлена высокая частота встречаемости антилактоферринового признака у простейших *Blastocystis hominis*, выделенных у людей с различными гастроэнтерологическими заболеваниями. На модели экспериментальной бластоцистной инфекции обнаружено, что клон простейших *Blastocystis hominis*, обладающий высоким уровнем АЛФА, более длительно выделяется из организма мышей, по сравнению с клоном с низкой АЛФА.

## Медицинские науки

### НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОБОСТРЕНИЕМ ДВУХСТОРОННЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ПОЛИПОЗНОГО ГАЙМОРОЭТМОИДОСФЕНО- ИДИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИОКСИДАНТОВ И ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

**Будяков С.В., Шутов В.И.,  
Шаповалова А.Е.\***

*Муниципальная городская больница  
№ 2,*

*\*Областная клиническая больница  
Белгород, Россия*

Пациент С., 83 года, переведен в ЛОР-отделение горбольницы № 2 г. Белгорода из неврологического отделения горбольницы № 1 г. Белгорода в тяжелом состоянии. Сознание спутано, контакту не доступен, бредит,  $t$  тела  $38,4^{\circ}\text{C}$ .

В неврологическом отделении проведено обследование: СКТ головного мозга (снижение пневматизации клеток решетчатого лабиринта, обеих в/ч и клиновидных пазух, головной мозг без особенностей) и люмбальная пункция (количество: 3,0; цвет: ксантохромный; прозрачность: неполная; реакция Панди: ++++; цитоз: 20048/3; эритроциты: 750 в 1 мкл; сахар: 1,4 ммоль/л).

Объективно: слизистая носа гиперемирована, набухшая. В средних и общих носовых хо-

дах обильное количество гнойного отделяемого, носовая перегородка S-образно искривлена. При пункции обеих в/ч пазух получено гнойное отделяемое. Отоскопия: без особенностей. Фарингоскопия и непрямая ларингоскопия невозможны из-за общего состояния пациента. Неврологическое обследование: выраженная ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительный с двух сторон. Выявлены типовые иммунные и оксидантные нарушения как на местном и системном уровнях.

В экстренном порядке выполнена операция: септопластика, двухсторонняя тотальная видеоэндоскопическая полипозотомия, двухсторонняя сфенотомия, радикальная операция на обеих в/ч пазухах под ТВА с ИВЛ. Интраоперационно поставлен диагноз: обострение двухстороннего хронического гнойно-полипозного гайморозтмоидосфеноидита, вторичный гнойный риногенный менингит, искривление носовой перегородки.

Назначено консервативное лечение: Цефтриаксон, Селемицин, Метрогил, Мексидол, Полиоксидоний. Эндолюмбально вводился гентамицин. В течение двух суток находился в отделении реанимации на ИВЛ. На вторые сутки после операции появилось самостоятельное адекватное дыхание. Пациент был переведен в ЛОР-отделение.

На девятые сутки — регрессия неврологической симптоматики, санация ликвора, нормализация показателей иммунного и оксидантного статусов.

На шестнадцатые сутки выписан в удовлетворительном состоянии.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Волчкова И.С.

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

**Цель исследования:** сравнить результаты лапароскопической тотальной фундопликации типа Nissen и разработанной нами тотальной фундопликации с миотоническим компонентом.

**Материалы и методы:** изучены результаты оперативного лечения 72 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ, по поводу которой им были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции. Все больные (n=72) по использованному методу фундопликации были разделены на две группы: первая — основная группа (А) (n=30), где использован разработанный метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки, вторая — контрольная группа (Б) (n=42), в которой применялась лапароскопическая тотальная фундопликация типа Ниссена. Критерием эффективности были объективные данные эндоскопического обследования и пищево-дой манометрии.

**Результаты исследования:** Через 1 месяц среди пациентов с эрозивной формой ГЭРБ эзофагит 1 стадии выявлен у 4 (17,4%) в первой и у 7 (20,6%) второй группы (P>0,05). Через 6 месяцев в основной группе явлений эрозивного эзофагита не выявлено, что свидетельствовало об устранении рефлюкс-эзофагита и полном заживлении дефектов в слизистой оболочке пищевода. В контрольной группе так же отмечалась явная положительная динамика в состоянии пищево-дного эпителия, но у 6 (17,6%) пациентов через 6 и 12 месяцев мы наблюдали остаточные явления эрозивного эзофагита 1 стадии. Но данные проявления были значительно меньшие, чем до операции, когда наблюдали 3-4 стадию. Манометрия в покое составила значения в основной группе к 3 месяцу  $14,6 \pm 0,9$  против  $11,3 \pm 0,7$  мм рт. ст., а к 1 году  $13,5 \pm 0,1$  мм рт ст против  $10,8 \pm 0,6$  мм рт. ст., соответственно. Несмотря на то, что данный показатель после операции был выше показателя внутрижелудочно-го давления в два раза в обеих группах, разница между группами была в пользу основной груп-пы и была статистически значима (P<0,05).

**Выводы:** Объективными признаками, свидетельствующими за послеоперационное восстановление нормального анатомо-физиологического состояния при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются: полное исчезновение эндоскопических проявлений эрозивного рефлюкс-эзофагита у пациентов основной груп-пы и у 82,4% пациентов группы сравнения; увеличение послеоперационного градиента давлени-я в НПС и желудке более чем в два раза в обе-их сравниваемых группах, при этом более высо-кие показатели внутрипищеводного давления в покое  $13,5 \pm 0,1$  мм рт. ст. наблюдаются при использовании разработанной методики, чем при стандартной операции, где данный показатель составил  $10,8 \pm 0,6$  мм рт. ст. (P<0,05).

## ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Доника А.Д., Морозов Р.В.,  
Скотенко О.П.

*Волгоградский государственный  
медицинский университет, г.Волгоград,  
Россия*

Ранняя диагностика социально значимых заболеваний определяется не только уровнем развития медицинских технологий, но и внут-ренней готовностью каждого индивида к про-ведению диагностических процедур, включению в общение с врачом часто по достаточно личным, интимным вопросам. В связи с этим, необ-ходимым условием ранней диагностики является успешность социальной интеракции в рамках медико-социальной системы врач-пациент. Для описания различных типов взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную (техницистскую), пасторскую (па-терналистскую), коллегальную и контрактную (договорную). В рамках **техницистской** модели задача врача интерпретируется как исправление «поломки» организма больного. В ряде случаев вместо категории «поломки» используется поня-тие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия». Эта модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизне-деятельности человеческого организма. Личное мнение пациента о собственном благе (здоровье) с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.