

# Український Науково- Медичний Молодіжний Журнал

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ**

Матеріали 64 Міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини», 3-4 листопада 2010 р., Україна, Київ



СПЕЦІАЛЬНИЙ  
ВИПУСК №4

**2010**

ISSN 1996-353X

U L R I C H ' S  
PERIODICALS DIRECTORY™

*The global source for periodicals information since 1932*

РОЛЬ УЗД В ДІАГНОСТИЦІ  
ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВROLE OF ULTRASOUND INVESTIGATION  
IN THE DIAGNOSTIC OF ACUTE VIRAL HEPATITIS

Пронюк Х.О. / Pronyuk K.O.

Науковий керівник: д.м.н., доц. Голубовська О.А.  
Національний медичний університет  
імені О.О. БогомольцяКафедра інфекційних хвороб  
(зав. каф. – д.м.н., доц. Голубовська О.А.)  
м. Київ, Україна**Мета:** поліпшити якість діагностики гострих вірусних гепатитів.**Матеріал і методи.** Проведено аналіз 435 УЗД органів черевної порожнини у хворих гострими вірусними гепатитами, що перебували на стаціонарному лікуванні в гепатологічному відділенні КЛ №15 м. Києва.

Використання УЗД не тільки допомагає в діагностиці вірусних гепатитів (ВГ), але й дозволяє виявити низку ознак, пов'язаних як з процесом формування фіброзування в печінці, так і зі станом інших органів травного тракту, зокрема, підшлункової залози і жовчного міхура.

Для ультразвукової картини гострого вірусного гепатиту на тлі інтактної печінки, за середньотяжкого перебігу, характерними були наступні ознаки: контури печінки у всіх хворих залишались рівними, чіткими, часто капсула диференціювалась краще, ніж в нормі; характерним було збільшення розмірів печінки, в основному за рахунок правої долі. Типовим є загальне підвищення звукопровідності печінки. Ще однією характерною ознакою є зміна судинного малюнка, що проявляється в більш чіткій візуалізації стінок гілок ворітної та печінкових вен. Структура паренхіми печінки в 107 (24,5%) хворих була неоднорідна, що обумовлено чергуванням ділянок дещо зниженої, середньої та підвищеної ехогенності, а також більш чіткою візуалізацією порталних трактів, що відповідає вираженості набряку паренхіми. Характерним є також зміни у жовчовидільній системі. Частими зустрічається потовщення, пошарованість стінок жовчного міхура, значне зменшення його розмірів, що обумовлено порушенням видільної функції печінки. Цей симптом корелює з гіпербілірубінемією та є найбільш частою причиною діагностичних помилок, а саме, потовщення, пошарованість стінки пов'язують з емпіємою міхура, що призводить до невірної лікувальної тактики. Ми спостерігали дані діагностичні помилки у 52 (12%) пацієнтів при поступленні у стаціонар. У 86 (19,8%) пацієнтів виявлялись зміни зі сторони підшлункової залози у вигляді збільшення її розмірів та підвищення ехогенності, за рахунок розвитку реактивного панкреатиту.

При регресі запального процесу за неважкого перебігу захворювання можливе повне відновлення нормальної ехографічної картини печінки. У більш важких випадках може спостерігатись поступове підвищення загальної ехогенності паренхіми печінки, формування дрібно- чи крупновогнищевої неоднорідності паренхіми. В періоді реконвалесценції також можуть спостерігатись підвищення ехогенності

**Завдання дослідження:** встановити можливий зв'язок між порушеннями мікробного ценозу і складністю перебігу основного (діагностованого) захворювання. Виявити перспективні бактерії для швидкої індикації та можливої корекції зазначених соматичних порушень неінфекційної етіології. Вивчити *in vitro* основні пускові про-і протизапальні механізми відібраних бактерій за специфічністю імунної відповіді активованих дендритних клітин.**Матеріали і методи:** Опінку якісного і кількісного складу мікробного ценозу вмісту кишечника пацієнтів здійснювали шляхом рутинного бактеріологічного аналізу. Для ідентифікації застосовували API-тест системи та VITEK 2.**Результати:** В групі серцево-судинних хворих (ССХ) спостерігається нормальний вміст *Bifidobacterium* і *Lactobacillus* у складі кишкової мікрофлори, тоді як у групі пацієнтів з метаболічним синдромом (ПМС) цей показник достовірно нижчий у 80% обстежених. Характерним для обох груп хворих є значне зменшення титрів *E. coli* з типовою ферментативною активністю. У пацієнтів із симптомами ССХ у вмісті кишечника домінуючими є ентеробактерії зі зниженою ферментативною активністю. У даній групі відмічено збільшення кількості дріжджових грибів, чого не спостерігали в ПМС. Для досліджуваних груп було виявлено спільну ознаку – зростання кількості представників умовно-патогенної мікрофлори, серед яких, найчастіше зустрічалися *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter cloacae*, коагулазо-негативні стафілококи і *Streptococcus spp.***Висновки:** Встановлено наявність залежності між основним (неінфекційним) захворюванням пацієнтів та виявленими порушеннями їх кишкового мікробного ценозу. Показано, що мікробні антигени здатні регулювати локальну імунну відповідь організму.**Summary:** The key-microorganisms in relevance to chosen human "non-infection somatic" disorders have been detected. These preliminary results are aimed to confirm the possibility of predictive and preventive efficacy of the certain bacterial compositions and their derivatives against targeted pathologies of non-infectious etiology. We have found that gut microbiota composition could be useful as possible indicator for the detection of complications relevant to the CVD and malabsorption. The prevalence of CNS and *Streptococcus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Candida spp.* had been detected.

підшлункової залози з формуванням дрібних вогнищ фіброзу; потовщення стінок жовчного міхура, утворення в його просвіті дрібнозернистого осаду.

**Висновки.** УЗД займає важливе місце в процесі діагностики гострих вірусних гепатитів. Доцільним є проведення повторних досліджень в динаміці з метою контролю подальшого розвитку патологічного процесу. Частота ураження жовчовидільної системи і зміни з боку підшлункової залози потребують динамічного спостереження у процесі реконвалесценції та особливої уваги при плануванні диспансерних заходів.

**Summary:** The aim of this study was to learn peculiarities and dynamic of ultrasound changes in case of viral hepatitis. Study is based on the analysis of 435 ultrasound investigation protocols. Ultrasound investigation takes an important place in the process of viral hepatitis diagnostic and evaluation of dynamic of the disease. It is reasonable to provide repeated investigations in dynamic to control further development of pathological process.

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ ЦНС

#### SPECIFICITIES OF HIV – ASSOCIATED CNS AFFECTIONS IN CLINICS

A. С. Скицюк / Skitsuk A. S.

Науковий керівник: академік АМН України,  
д. м. н., проф. Ж. І. Возіанова

Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця,

Кафедра інфекційних хвороб  
(зав. каф. д.м.н., доц. Голубовська О. А.)  
м. Київ, Україна

Зважаючи на тропність ВІЛ до клітин ЦНС людини, особливий інтерес визначає патологія нервової системи при ВІЛ-інфекції. Висока питома вага уражень ЦНС різного рівня при цій патології робить завдання боротьби з неврологічними проявами та ускладненнями СНІДу особливо актуальним.

**Мета:** оцінка неврологічного статусу та визначення етіології уражень ЦНС у хворих з вперше виявленою ВІЛ-інфекцією.

**Матеріали і методи:** Були обстежені хворі, що були госпіталізовані до інфекційного відділення та відділення інфекційної реанімації МКЛ № 9 м. Києва з підозрою на нейроінфекцію та ознаками ураження ЦНС. Наявність та характер уражень ЦНС підтверджували шляхом проведення діагностичної люмбальної пункції з наступним загальноклінічним, біохімічним, бактеріологічним та серологічним дослідженням ліквору. Діагноз ВІЛ – інфекції підтверджувався виявленням у крові антитіл до ВІЛ методом ІФА.

**Результати:** Всього обстеження на ВІЛ було проведено у 29 осіб. Було розглянуто 7 випадків вперше виявленої

ВІЛ – інфекції. У всіх пацієнтів, які мали відносно низький соціальний статус, на момент первинного огляду при зборі анамнезу не було виявлено достовірних даних про можливість ВІЛ-інфікування. У клінічній картині були характерні характерні важкий, тривалий, поступово прогресуючий перебіг патології, розлади психо-емоційного статусу із чіткими рисами негативізму, домінування загально-мозкової симптоматики над менингеальними ознаками при дуже рідких неврологічних порушеннях іншого характеру. Все це поєднувалося з виділенням у хворих в процесі стаціонарного обстеження неспецифічної флори та відсутністю суттєвого ефекту від лікування.

**Висновок:** ВІЛ-асоційованими ураженнями ЦНС мають певні клінічні особливості, які обважчують патологічний процес, відбиваються на перебігові захворювання і потребують додаткової настороженості та заходів безпеки від медперсоналу.

**Summary:** The attempt of examining the specificities of HIV – associated neuroinfections’s clinical manifestation is presented. Also the relation between the severity of neurological symptoms, total condition and treating effect were presented.

### ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

#### SPECIFICS OF THE EARLY DIAGNOSTICS OF ENTERIC INFECTIONS

Сукач М.М./М. Sukach

Науковий керівник – доц. Анастасій І.А.

Національний медичний університет  
імені О.О.Богомольця

Кафедра інфекційних хвороб  
(зав. каф. – д.м.н., доц. Голубовська О.А.)  
м. Київ, Україна

Пацієнти з діагнозом “Гостра кишкова інфекція” складають значну групу хворих, які направляються на госпіталізацію до інфекційного стаціонару. Однак саме серед цієї групи пацієнтів спостерігається найбільший відсоток діагностичних помилок.

**Мета:** аналіз розходження первинного та заключного діагнозу пацієнтів з направляючим діагнозом “Гостра кишкова інфекція”.

Протягом 2009 року до інфекційної клініки НМУ ім. О.О. Богомольця (інфекційне відділення КМКЛ № 9) звернулось 1427 пацієнти з направляючим діагнозом “Гостра кишкова інфекція”. Після первинного клініко-лабораторного обстеження у 184 хворих (12,89%) діагноз було знято. Невірний діагноз було встановлено лікарями швидкої допомоги (61%), поліклініки (26%), приймального покою інфекційного відділення (13%). Структура по нозологіям цієї групи хворих наступна:

• Хронічні захворювання ШКТ – 98 пацієнтів (хронічний панкреатит в стадії загострення – 51, хронічний холе-