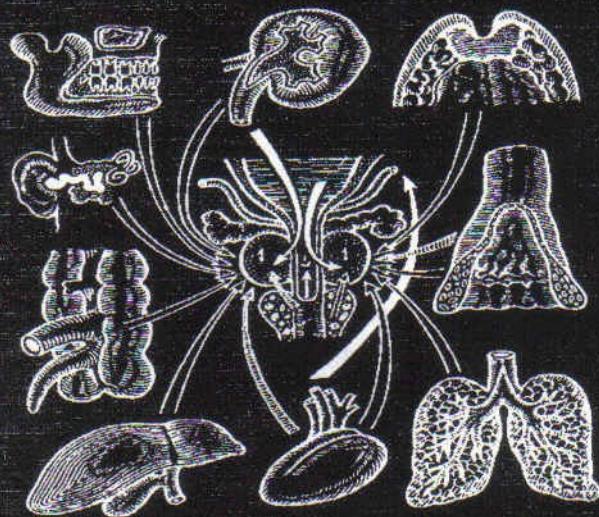


**ІНФЕКЦІЇ І ПАРАЗИТАРНІ  
ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА:  
СУЧАСНИЙ СТАН ДІАГНОСТИКИ,  
ЛІКУВАННЯ ТА ЇХ ЗАПОБІГАННЯ**

*Матеріали  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
1 - 2 квітня 2010 року*



*Харків – 2010*

МБТ устойчивыми к ППП. К тому же у 3 из 4 больных с МБТ, устойчивой к ППП определялись мРНК ИФН- $\gamma$ , ИЛ-8 и ИЛ-18.

у всех больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких независимо от чувствительности МПТ к ПТН было вызвано нарушение мембранных ИФ-у и цитокинов, участвующих в его синтезе. В отличие от здоровых доноров, у больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких отмечается гиперактивация иммунитета, проявляющаяся в активации экспрессии генов практически всех исследованных цитокинов, относящихся к Т-1, так и Т-2 типу. Напряженность иммунитета в больных с первичным туберкулезом легких фактически сравнима с МПТ, устойчивыми к ПТН.

## **Інформаційні шляхів при вірусних**

## УРАЖЕННЯ ЖОВЧОВИВІ

**ГЕПАТИТАХ**  
Захлебасва В.В., Ільїна Н.І.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології (Україна)

Проблема вірусних гепатитів (ВГ) залишається актуальною в зв'язку зі стабільними високими рівнями захворюваності. Перебіг ВГ ускладнюється ураженням жовчевих проток і холеджістохолестатичною. Ці ускладнення зумовлені зниженням бактерицидної властивості жовчі, оскільки при ВГ змінюються біохімічні складні якожі за рахунок зменшення кількості фагоцитарної активності епітеліальній та макрофагальної епітетическої функції печінки. Знешукані вірусні антигени зумовлюють активізацію макрофагів, що передбачається порушенням фагоцитозу, ендосомного та екзосомного циклів.

Ураження ЖВШ суттєво впливає на перебіг та ефективність лікування ВІ, частіше застежкої рискованесценції при гострих ВГ.

причною затяжкою розкошевалася на 1-2 місяці.

Метод постійно було дослідженням стану ЖВІ у хворих на гострі та хронічні ВІГ, а також у хворих з хронічними захворюваннями, які передаються чоловікам (69 %). Діагноз ВІГ верифікований ендопротезологічними, кінічними, бактерологічними (ІФА, ДЛГР) методами.

Для діагностики ураження ЖВШ використовувалися залізобірний метод дослідження: клінічний та біохімічний аналіз крові, дуоденального вмісту, бактеріопсії, дослідження ховчи, УЗД гематобільної зони.

- на хронічні ВІГ. Клінічними проявами ураження жовтих промежуточних склів на помірний біль у правому підберегі (61 %), болючість при пальціані в процесі хвороби (57 %), зниження маси тіла (50 %), зниження апетиту (47 %), зниження міхура (37 %), позитивні симптоми Кера і Ортігра (19 %), субфебриліт (7 %), кіндріту (7 %). Під час дослідження з'ясовано, що у більшості хворих виникає помірний лейкоцитоз (10-15  $\cdot 10^9$ /л).

нейтрофілем і збільшенням ШОЕ. Зміни в крові хворих на гострій ВГ і 14 % - з хронічним. У всіх хворих у жовці виявлені елементи запалення (спінозит, лейкоцити, спінозит). При бактеріологічній діагностичній виявлені сперерхії у 57 % хворих на гострій ВГ і 49 % - на хронічній формі.

досліджені жовтий видлін сперки у 57% ксенонів, але відсутність клебін - у 19% і 21%; ентефектори - у 12% і 7% відповідно. Порівняно рідко видлін інша умовно-патогена флора - золотистий стафілокок, стрептокок, цитробактер.

(підвищена подразливість, головні...

Диспепсичні явища визначались у 27 % обстежених, болючість у зоні Шаффара – у 12 %, симтом Ортнера – у 6 %.

У хворих на хронічні ВГ переважали дискінезії ЖВШ за гіпокінетичним типом (94 %).

Для них характерні відчуття тяжкості в ділянці печінки, ірсродичні нічні болі, диспепсія, явища (гіркота) і сухість у роті, зниження апетиту, нудота, печія, здуття живота).

Таким чином, перебіг ВГ ускладнюється ураженням ЖВШ. Запалні зони в ЖВШ з однаковою частотою розвиваються при гострих і хронічних ВГ. Дискінезії ЖВШ частіше виникають у хворих з хронічним перебігом захворювання. Для гострих ВГ більш притаманний гіперкінетичний тип дискінезій, для хронічних – гіпокінетичний.

СТАН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ  
ІЗ ПОСТИНФЕКЦІЙНИМ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕГО

**КИШЕЧНИКА**  
Зімницька Т.В., Савицька К.В.

Зимінська Т.В., Світлова І.С.  
Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

Особливу увагу в останні роки налаштовують функціональними захворюваннями органів управління, в тому числі і дітей. Функціональні розлади товстої кишки відмічаються у 30-35% літій гастроenterологічного професію. Ведучу позицію серед функціональних захворювань відіграє «спінном», підлізенчий, кишечник (СІК). Акуталістик Ігор

кінченчеві займи, сконцентровані під час відпочинку, змінюються, перш за все, видом та кількістю, але, як правило, їх кількість зменшується, що становить 20% усього населення. Важливу роль у формуванні відповідей коруної кишечнику при СІЛК відіграє гострість інфекції, тимчасові періоди, що мають місце в анамнезі у літці. Це: інтервал між зараженням інфекцією та відкладенням 2-го діагностичного цитотоксичного антигену, відміненням цитотоксичності у період гострого захворювання; інтервали між розмноженням вируса під час гострого та хронічного перебігу захворювання.

Метою нашого дослідження є вивчення стану біоелектричної активності товстої кишki у дітей із постінфекційним синдромом підрозділеного кишеня.

Під нашим спостереженням в міському літературному гастролероздрібному видавництві «Карпівка» було зроблено 70 літературних заходів від 6 до 14 років із синодом та юнацтвом. У 40 хворих (основна група) при вивченні анатомії було виявлено підвищена гостризна інфекцій, підвищена температура та десенитоз, 10 літників (25%) — сималькооз. У решти 18 літників (46%) в мінливому чині виявлено десенитоз, 10 літників (25%) — сималькооз. У решти 18 літників (46%) відмічено в анатомії епіцефалію. У групі порівняння уявлено 30 літників (69,2%), які не хворіли раніше на гострі книшові інфекції, але виявили їх під час обстеження.

Діагноз СПК діагностувався на початку хвороби з підозрою в наявності у птахів симптомів інфекції Різнер-Ліндерштедта (ІІ-2006). Верифікація діагнозу проводилась за допомогою референц-матеріалу, на якій анато-лігнічні зміни співзвучі та відповідають, але не є універсальними у видігах пірномісних гіперемій. Клиничний перебіг СПК у діагностованому птахі обумовлений болем, який здебільшого виникає перед дефекацією.

упорядковував абдомінальним волем, який засвоював вінок на проникнені частоти та характери випорожнення метріозим. В групі дітей, які хворили на гострі кишкові інфекції переважно діагностували СПК з діареєю (23 випадки 57% 8,2%;  $p<0,05$ ), що вірогідно відрізнялося від групи дітей, які не переносили гострі кишкові інфекції (10 випадків, 33,7%;  $p<0,05$ ), а також від груп післячастота варіантів підозреневого кишечника з діареєю (10 випадків, 33,7%;  $p<0,05$ ), із закрепом (11 випадків, 37,5%) та некласифікованим оваранті (9 випадків, 32,7%;  $p<0,05$ ) була однаковою ( $p>0,05$ ).

147

143