

порівняння): рівень загального білірубіна, який складав –  $103,4 \pm 15,6$  мкмоль/л (за рахунок прямого) та рівень лужної фосфатази –  $160,2 \pm 25,5$  Од/л. Ступінь біліарної гіпертензії оцінювали за діаметром загальної жовчної протоки по даними УЗД та МРТ ОЧП з холангіографією – середній показник у пацієнтів обох груп складав 17 мм., а мінімальний – 12 мм.

**Результати дослідження.** У пацієнтів обох груп вдалося успішно виконати літоекстракцію жовчних конкрементів, або їх бужування з подальшим зміщенням у ДПК.

У I-ї групи пацієнтів виникали скарги на дискомфорт за рахунок наявності зовнішнього дренажа протягом 4 тижнів після оперативного втручання, постійний страх зрушити або ненароком його вилучити з черевної порожнини. Однак перевагою його наявності – можливість проведення післяопераційної фістулохолангіографії.

Жодних ускладнень під час проведення оперативних втручання та в післяопераційний період у всіх пацієнтів не виявлено.

Вилучення дренажів та стентів проводилося через 4 тижні після оперативного втручання при контрольному огляді оперуючим хірургом. Вилучення стентів виконувалося шляхом фіброгастроудоденоскопії.

**Висновок.** Таким чином, нами було проаналізовано переваги та недоліки різних методів завершення відеолaparоскопічної холедохолітотомії, в результаті чого ми можемо значно покращити результати лікування хворих із холедохолітіазом та механічною жовтяницею.

## **ІНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

*Іваненко А., Іщенко О., Романцова Л., Бацєванжси М., Гайдай О.*

*Науковий керівник: к. мед. н. Санік О.*

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Полтавський державний медичний університет.

**Актуальність.** Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн регіону.

**Мета.** Своєчасно діагностувати ВІЛ інфекцію у пацієнта для етіологічного лікування та попередження ускладнень.

Методи дослідження. Клініко-неврологічне дослідження, загальноклінічні та параклінічні методи дослідження.

Хворий В., 26 років, ІТ-спеціаліст, звернувся зі скаргами на порушення рухів в лівих кінцівках, відчуття оніміння в них, порушення мови, загальну слабкість, двоїння в очах при погляді ліворуч. Стан виник раптово вночі, коли вставши до туалету відчув вище названі скарги. Протягом півроку періодично відмічав субфебрильну температуру (не турбувало), був епізод оніміння язика протягом 10 хв, який більше не повторювався.

Неврологічний статус: Зіниці D=S. Диплопія при погляді ліворуч. Носо-губна складка згладжена ліворуч; при виписці обличчя симетричне. Язик: по середній лінії. М'язова сила при поступленні в лівих кінцівках: 3.5-4б., при виписці-5б. М'язовий тонус звичайний. Проба Барре позитивна ліворуч. Рефлекси з рук: D≤S, Черевні рефлекси відсутні. Рефлекси з ніг: колінні D≤S; ахілові D≤S, ступневі патологічні знаки: р-с Бабінського (+) ліворуч; при виписці: негативний. Рефлекси орального автоматизму: р-с Марінеску-Радовічі (+) ліворуч. Дизартрія. Чутливість: лівобічна гемігіпестезія. Емоційно лабільний.

За даними МРТ головного мозку: МР-ознаки множинних ішемічних інфарктів на межі басейнів правих передньої, середньої та задньої мозкових артерій (інфаркти пограничної зони водорозділу), гостра стадія.

**Cito test** антитіла до ВІЛ: взято тричі - позитивний.

Враховуючи дані анамнезу, клініко-неврологічного та інструментального досліджень хворому було встановлено діагноз: Ішемічний інсульт на межі басейнів правих передньої, середньої та задньої мозкових артерій з мінущим лівобічним геміпарезом, мінущою дизартрією, лівобічним нейросенсорним синдромом, зоровими порушеннями. Лікування згідно уніфікованого клінічного протоколу №602. Хворому рекомендовано звернутись до обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом для подальшого дообстеження та лікування.

**Висновки.** Ранній вік хворих на ішемічний інсульт та множинні осередки ішемії на МРТ ГМ, наявність транзиторних ішемічних станів, субфебрильної температури у анамнезі, спонукає обстежити пацієнта на наявність ВІЛ інфекції для подальшого антиретровірусного лікування та попередження ускладнень.