MECHNIKOV READINGS
Kharkiv
International
Infectious Diseases
Conference

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ



«МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ - 2026: ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СЬОГОДЕННЯ»

М. ХАРКІВ, 06 ЛИСТОПАДА 2026 РОКУ





Харків
2026

Харківський національний медичний університет
ГО «Всеукраїнська Асоціація інфекціоністів»
Платформа безперервного професійного розвитку Openlikar

МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ – 2026: ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СЬОГОДЕННЯ

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(6 листопада 2026 року, м. Харків)

ЗАТВЕРДЖЕНО
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 29.10.2026 р.

Харків
2026

УДК 616.9(082)

Редакційна колегія:

проф., д.мед.н. *К.В. Юрко* (відповідальний редактор)

доц., к.мед.н. *О.Є. Бондар*

доц., к.мед.н. *Г.О. Соломенник*

доц., к.мед.н. *Я.І. Бурма*

Відповідальність за достовірність фактів, дат, назв, імен, прізвищ, цифрових даних, що наводяться у публікаціях, несуть автори тез.

Без редагування.

© Харківський національний медичний університет, 2026

© Кафедра інфекційних хвороб, дитячих інфекційних хвороб та фтизіатрії ХНМУ, 2026

37,7 % (23 особи) не планували відмовлятися від куріння. Основними стимулами до відмови від паління були загроза інфаркту, інсульту та прогресування АГ – 32,8 % (20 осіб), а також фінансова економія – 18,0 % (11 осіб).

Висновки. Опитані вживали різні види нікотиновмісної продукції, частина респондентів має стаж куріння понад 20 років, а у третини були ознаки високої нікотинової залежності. У курців часто відзначалися різні фактори серцево-судинного ризику, при цьому значна частина опитаних мала епізоди підвищення АТ, але регулярно його контролювала лише невелика кількість респондентів, а дотримання лікування у значної частини опитаних були недостатнім. Майже половина опитаних уже намагалася відмовитися від куріння через загрозу інфаркту, інсульту та прогресування АГ. При цьому вони повертались до нього через стресові ситуації та синдром відміни.

Велієва Т.А.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОКСОПЛАЗМОЗНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Кафедра інфекційних і дитячих інфекційних хвороб, паразитології, фтизіатрії та пульмонології, ННІПО ХНМУ, м. Харків, Україна

Токсоплазмозний енцефаліт (ТЕ) є тяжким опортуністичним захворюванням у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, яке за відсутності своєчасної діагностики та лікування супроводжується високою летальністю. Виражена імуносупресія, особливо за значного зниження кількості CD4+ Т-лімфоцитів, створює передумови для реактивації латентної інфекції, спричиненої *Toxoplasma gondii*, з подальшим ураженням центральної нервової системи.

Мета дослідження – проаналізувати клініко-діагностичні особливості перебігу токсоплазмозного енцефаліту у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз клінічних проявів і результатів лабораторних та інструментальних обстежень 23 ВІЛ-

інфікованих пацієнтів із токсоплазмозним енцефалітом. Серед обстежених було 11 (47,8 %) чоловіків і 12 (52,2 %) жінок віком від 31 до 55 років. Середній вік пацієнтів становив 37,5 ± 0,38 року. Середня кількість CD4+ Т-лімфоцитів дорівнювала 102,5 ± 21,2 клітин/мкл, а середнє вірусне навантаження ВІЛ — 292 773,8 ± 113 180 копій РНК/мл плазми крові.

У 3 (13,0 %) пацієнтів ВІЛ-інфекцію вперше діагностовано під час госпіталізації, тоді як 20 (87,0 %) пацієнтів мали встановлений діагноз ВІЛ-інфекції протягом 5–6 років. У всіх обстежених ВІЛ-інфекцію підтверджено методом імуноферментного аналізу (ІФА). За класифікацією CDC (1993), захворювання відповідало IV клінічній стадії.

Під час серологічного дослідження антитіла класу IgG до *Toxoplasma gondii* виявлено у 20 (87,0 %) пацієнтів, тоді як антитіла класів IgM та IgA – у 5 (21,7 %) пацієнтів. Для виявлення ДНК *Toxoplasma gondii* усім пацієнтам проведено полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) з використанням зразків крові та ліквору.

За результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку з контрастним підсиленням виявлено множинні вогнища ураження діаметром 2–40 мм із кільцеподібним накопиченням контрастної речовини та перифокальним набряком. У 71,4 % випадків вогнища локалізувалися в правій півкулі головного мозку.

Результати. Найчастішими скаргами пацієнтів були загальна слабкість (91,3 %), головний біль (73,9 %) і підвищення температури тіла (56,5 %). Серед інших клінічних проявів відзначали слабкість у кінцівках (43,5 %), нудоту (34,8 %), порушення ходи (30,4 %), розлади свідомості (26,1 %) і зниження маси тіла (21,7 %). Рідше реєстрували запаморочення та порушення мовлення (по 17,4 %), зниження концентрації уваги й судоми (по 13,0 %). Поодинокими проявами були диплопія, зниження слуху та порушення пам’яті (по 8,7 %); найрідше спостерігали порушення зору (4,3 %).

Серед поєднань клінічних проявів найчастіше відзначали одночасну наявність загальної слабкості та головного болю (73,9 %). Також поширеними

були: поєднання загальної слабкості з підвищенням температури тіла (56,5 %); загальної слабкості, головного болю та лихоманки (52,1 %); головного болю з лихоманкою (47,8 %); загальної слабкості зі слабкістю в кінцівках (43,5 %) та головного болю зі слабкістю в кінцівках (30,4 %).

Середня кількість скарг на одного пацієнта становила 5,67 ± 0,37; найчастіше реєстрували шість скарг. За наведеними даними, від 2 до 4 скарг мали 23,7 % пацієнтів, від 5 до 6 – 38,1 %, а 7 і більше – 33,4 %.

Зміни показників загального аналізу крові умовно розподілили за частотою виявлення на три групи. До групи найчастіших змін належали тромбоцитопенія (78,6 %), підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) (73,9 %) і гіпохромна анемія (60,9 %). Серед змін помірної частоти виявлення відзначали лімфоцитопенію (47,8 %) та еозинофілію (34,8 %). До групи менш поширених змін належали лейкопенія (26,1 %), лімфоцитоз (21,7 %) і лейкоцитоз (8,7 %).

За результатами кореляційного аналізу встановлено зв’язки між кількістю скарг пацієнтів і окремими показниками загального аналізу крові. Зокрема, збільшення кількості скарг асоціювалося зі змінами гематологічних показників, серед яких еозинофілія, підвищення ШОЕ, лейкопенія та гіпохромна анемія.

Висновки. Токсоплазмозний енцефаліт є тяжким опортуністичним ускладненням у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що найчастіше розвивається в осіб із хронічною інфекцією *Toxoplasma gondii*. Пацієнти, в яких від початку ВІЛ-інфекції виявлено антитіла до *Toxoplasma gondii*, належать до групи підвищеного ризику. Основними клінічними проявами токсоплазмозного енцефаліту є загальна слабкість, головний біль, лихоманка, нудота та слабкість у кінцівках. Виникнення зазначених симптомів, навіть за відсутності вираженої осередкової неврологічної симптоматики, має розглядатися як вагомий діагностичний критерій, що потребує поглибленого обстеження для своєчасного виявлення ураження центральної нервової системи.

ЗМІСТ

М'ясоєдов В.В., Юрко К.В., Ткаченко В.Г., Могиленець О.І., Девятілова В.В., Соломенник Г.О., Бурма Я.І., Бондар О.Є. **УЧИТЕЛЬ НА ВСІ ЧАСИ! СВІТЛІЙ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА ВОЛОДИМИРА МИКОЛАЙОВИЧА КОЗЬКА (1943-2026)**	**3**
Бездітко Т.В., Єрьоменко Г.В., Рогожин А.В. **АЛЕРГІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ**	**10**
Білера Н.В., Шолохова С.Є. **АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ВИЯВЛЕННЯ ОПІСТОРХОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2001–2015 РОКАХ**	**11**
Бондар О.Є.[1], Юрко К.В.[1], Ковальова Г.С.[12], Дудукіна С.О.[2] **МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ТА ПРОФІЛІ AMR РЕСПІРАТОРНИХ ІЗОЛЯТІВ ПРИ ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**	**13**
Бондар О.Є.[12], Янішевська Л.П.[2] **ОЦІНКА РЕГРЕСУ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТКИ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С ПІСЛЯ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ДІЇ: ТРИРІЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ МОНІТОРИНГ**	**15**
Бондарева А.В., Стеценко С.О. **БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БАКТЕРІАЛЬНОГО СЕПСИСУ**	**17**
Бондаренко А.В., Чумаченко Т.О. **ДВОФАКТОРНА МАТРИЧНА МОДЕЛЬ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ АНТИМІКРОБНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ НА ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ**	**19**
Бондарєва М.С. **ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА БАР'ЄРИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ**	**21**
Боршовська О.О., Галамба А.А. **ВІЛЬНОЖИВУЧІ АМЕБИ ЯК ЕКОЛОГІЧНА НІША ДЛЯ *YERSINIA PESTIS*: ПЕРСИСТУВАННЯ МІЖ ЕПІЗООТІЯМИ**	**23**
Бочаров В.М., Чабан Т.В. **ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ГЕМОСТАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ COVID-19**	**24**
Бражник М.О., Селегень О.М., Тверезовська І.І. **ТЮТЮНОПАЛІННЯ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**	**26**
Велієва Т.А. **КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОКСОПЛАЗМОЗНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**	**28**