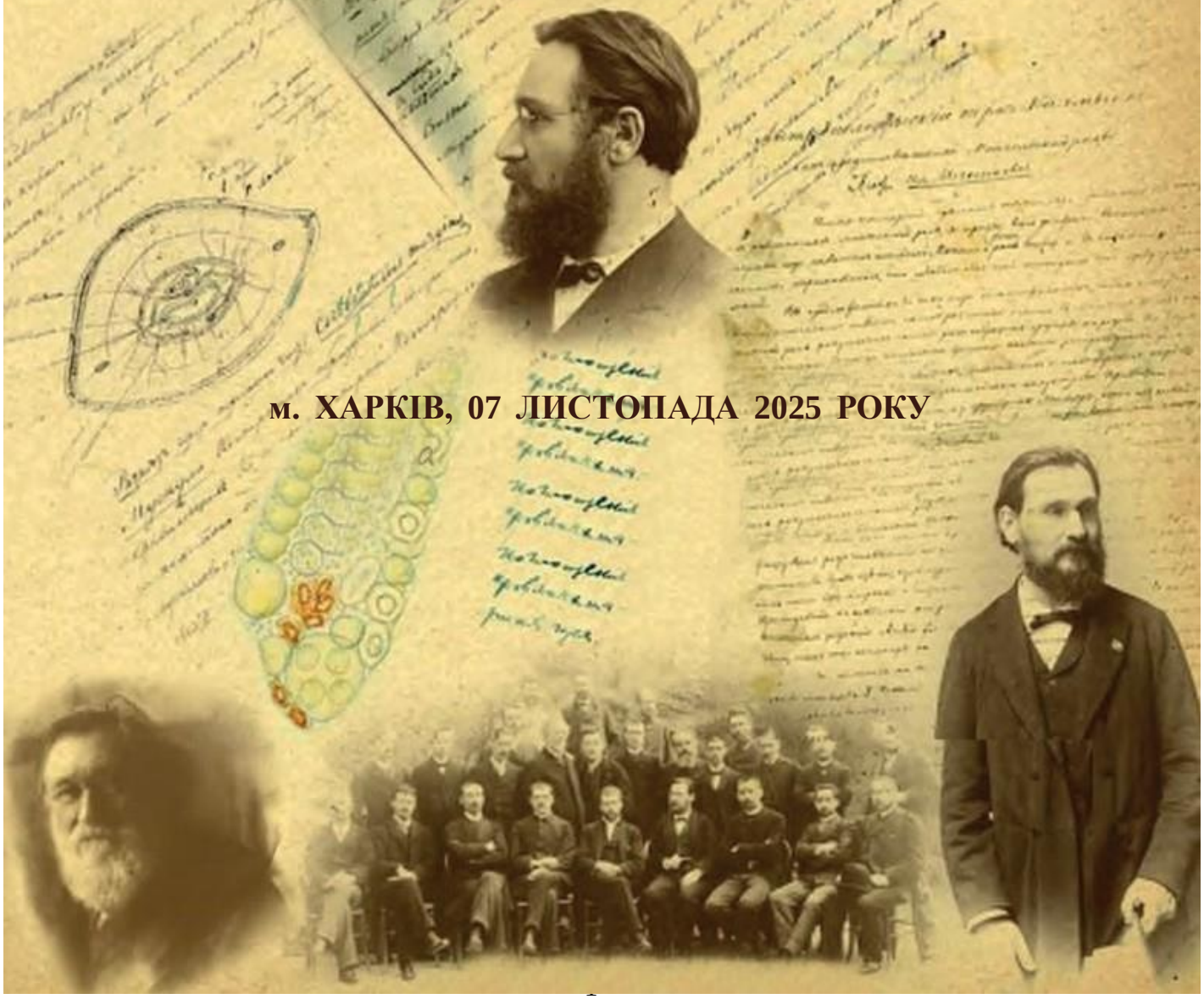
XMECHNIKOV READINGS
Kharkiv International Infectious Diseases Conference

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ – 2025»



м. ХАРКІВ, 07 ЛИСТОПАДА 2025 РОКУ

Харківський національний медичний університет

ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»

Платформа безперервного професійного розвитку Openlikar

МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ – 2025

Матеріали науково-практичної конференції

з міжнародною участю

(7 листопада 2025 року, м. Харків)

ЗАТВЕРДЖЕНО

вченою радою ХНМУ.

Протокол № 15 від 21.10.2025 р.

Харків

2025

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, 2025

© Кафедра інфекційних хвороб, дитячих інфекційних хвороб та фтизіатрії ХНМУ, 2025

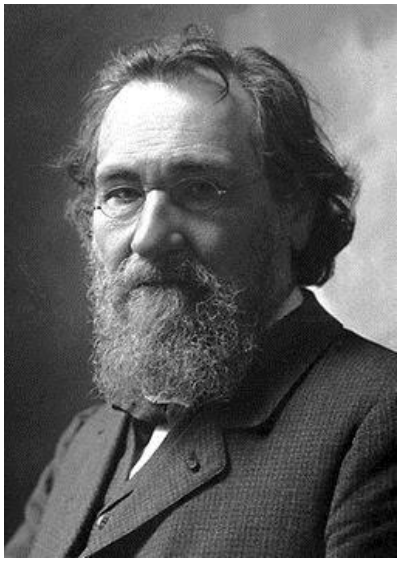
М'ясоєдов В.В., Юрко К.В., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Бондар О.Є.

НАУКОВИЙ ГЕНІЙ ІЛЛІ ІЛЛІЧА МЕЧНИКОВА

(до 180-ти річчя з дня народження)

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Ім'я Іллі Ілліча Мечникова, всесвітньо відомого та визнаного вченого-фундатора в області імунології, біології, ембріології та геронтології, відкриття та наукові праці якого стали безцінним внеском у світову наукову скарбничку та, без перебільшення, на багато століть вперед визначили акценти та вектори розвитку наукової думки та практики, навіки вписане золотими літерами в історію світової науки.



Ілля Ілліч Мечников

Не перестає з роками вражати глибина наукових інтересів І.І. Мечникова. І сьогодні, дослідникам його наукового генія досить складно одностайно визначитися, якому науковому напрямку Ілля Ілліч надавав перевагу. Це і не дивно, адже його науковий доробок виходить за межі однієї дисципліни чи області знань, а наукові дослідження вченого та їх результати, як правило, знаходилися на стику багатьох наук – мікробіології та зоології, патології та

фізіології, медицини і філософії, геронтології та демографії, епідеміології та інфекційних хвороб тощо.

Всього одна людина, яка змінила життя на краще десятків-сотень мільйонів людей у світі, відкривши людству таємничу завісу в питаннях життя і смерті, передбачила існування та відкрила імунну систему організму та довела, що процеси старіння можна сповільнити, а життя суттєво подовжити… Все це та багато інших відкриттів зробив науковий геній XIX-XX століть Ілля Ілліч Мечников.

Протягом всього свого життя І.І. Мечников вивчав найактуальніші питання світової науки та практики. Ним закладений базис теорії імунітету та запалення, фагоцитозу та внутрішньоклітинного травлення, ембріогенезу та еволюції живої матерії, процесів старіння та довголіття тощо.

Народженню майбутнього генія людство завдячує українській землі, Слобожанщині, де 15 травня 1845-го року у маєтку Панасівка села Іванівка (нині – село Мечникове Харківської області) у сім'ї гвардійського офіцера п'ятою наймолодшою дитиною з'явився на світ Ілля Ілліч Мечников, якому судилося стати всесвітньо відомим вченим.

Батько І.І. Мечникова походив із дворянської родини з Молдови, служив гвардійським офіцером царської охорони в Санкт-Петербурзі. Незадовго до народження Іллі сім'я переїздить в її сільський маєток з причин фінансових труднощів, викликаних програшами в карти батька Іллі. Мати Іллі, Емілія, була донькою Льва Неваховича, заможного єврейського письменника. Саме вона раніше за всіх розпізнала в Іллі прагнення до пізнання та задатки майбутнього вченого, а тому всіляко підтримувала сина й сприяла його майбутньому вибору. Батько Іллі, помітивши схильності сина до науки, подарував йому справжній мікроскоп, так що 11-ти річний юнак був у захваті та використав подарунок, як то кажуть, за призначенням…

Із самого дитинства хлопчина був настільки активним, рухливим та допитливим, що його прозивали «містер ртуть». Найбільше він захоплювався світом живої матерії. Ще у юному віці Ілля став замислюватися над її

структурою і функціонуванням. Дитячі роки майбутнього вченого проходили в сільській місцевості Куп'янського повіту Харківської губернії. Проводячи значний час в царині мальовничої слобожанської природи, юний Ілля захоплювався рослинним і тваринним світом довкілля. Цілком імовірно, що завдяки цьому природному оточенню людство отримало видатного дослідника, про якого згодом дізнався увесь освічений світ…

Надалі сім'я переїздить до Харкова, де Ілля навчається у 2-й Харківській чоловічій гімназії, яку закінчує із золотою медаллю у 16 років. У 18 років у Німеччині Ілля Мечников опублікував своє перше наукове дослідження з ембріології безхребетних, отримавши схвальні відгуки на свою роботу.

За два наступні роки талановитий юнак екстерном закінчив чотирирічний курс природничого відділення фізико-математичного факультету Харківського університету. Уже в цей час він був знайомий з положеннями теорії еволюції живих організмів Ч. Дарвіна, а тому, знаючи особливості будови більш низькоорганізованих тварин, прийшов до висновку, що, згідно теорії Дарвіна, у будові більш високоорганізованих організмів повинні виявлятися ознаки, подібні до ознак низькоорганізованих, від яких вони походять. Для підтвердження цього припущення протягом трьох наступних років Ілля Мечников цілковито занурюється у вивчення ембріології безхребетних тварин Європи. Так, у 1864 р. він проводить дослідження на острові Гельголанд у Північному морі, потім – у лабораторії Рудольфа Лейкарта в Несені (біля Франкфурта-на-Майні), з 1865 р. співпрацює із зоологом О. Ковалевським у Неаполі. За свою працю, у якій вони разом з ним показали, що зародкові листки багатоклітинних тварин є гомологічними у форм, пов'язаних спільним походженням, молоді науковці отримали премію Карла Ернста фон Баєра.

У 22 роки І.І. Мечников успішно захищає дисертацію на звання магістра зоології «Історія розвитку Sepiola», в якій досліджує ембріональний розвиток риб і ракоподібних та обирається доцентом кафедри зоології університету в Одесі.

У 23 роки І.І. Мечников захистив докторську дисертацію «Історія розвитку Nebalia» та став доктором зоології.

Протягом 1870-1882 рр. вчений жив в Одесі та працював на посаді професора кафедри зоології і порівняльної анатомії Одеського університету. Отримавши дозвіл від Луї Пастера, І.І. Мечников у 1886 р. разом з колегами М. Гамалією та Я. Бардахом відкрив першу в Російській імперії та другу у світі бактеріологічну станцію, на якій виконувалися наукові дослідження з питань боротьби з розповсюдженими інфекційними хворобами, проводилася вакцинація проти сказу, навчання лікарів з мікробіології.

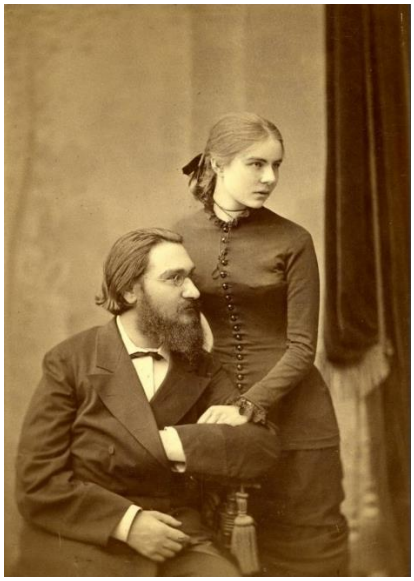
Особисте життя І.І. Мечникова було сповнене драматичних подій. Перша дружина вченого – Людмила Федорович, з якою вони прожили чотири роки, померла від туберкульозу в 1873 р. Після смерті дружини вчений намагався накласти на себе руки, випивши смертельну дозу морфію, але захисна реакція організму – блювання, – врятувало для людства життя І. Мечникова.

У 1875 р. він одружується вдруге, на студентці Одеського університету Ользі Бєлокопитовій, яка стала його відданою помічницею в науковій роботі та коханою дружиною. Але й цього разу доля продовжила випробовувати на стійкість вченого, – дружина тяжко захворіла на черевний тиф. У розпачі, намагаючись врятувати кохану, він відважується на сміливий вчинок – проводить на собі дослід самозараження збудником черевного тифу шляхом введення його культури в кров. Фортуна виявилася на боці Мечникових – він вижив, а згодом одужала і його дружина.

Цілком очевидно, що особисто пережита трагедія – втрата першої дружини й тяжка інфекційна хвороба другої, «розбудили наукову злість» І. Мечникова, а тому він приступає до вивчення на той час широко розповсюджених і смертельно небезпечних інфекційних хвороб і досягає при цьому значних успіхів.

У 1882 р. І.І. Мечников полишає роботу в Одесі та приймає запрошення Луї Пастера очолити лабораторію у створюваному ним у Парижі інституті. Уся наступна наукова діяльність і відкриття вченого були пов’язані з Пастерівським

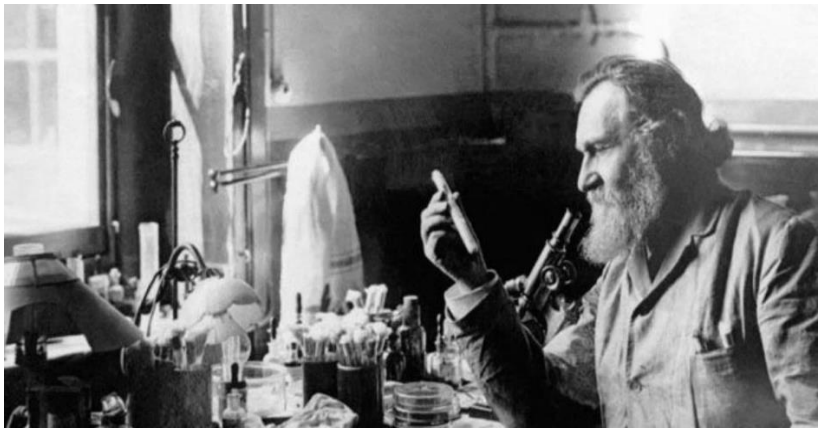
інститутом. Та перебуваючи далеко від Батьківщини, Ілля Ілліч не полишав тісних наукових контактів, здійснював постійну переписку з провідними вченими того часу – К.А. Тімірязєвим, І.М. Сєченовим, І.П. Павловим, М.О. Умовим, Д.І. Менделєєвим та ін., а у його паризькій лабораторії неодноразово стажувалися та працювали російські лікарі, які стали його учнями і послідовниками. Загалом І.І. Мечников прожив у Парижі 28 років.



Ілля Мечников з дружиною Ольгою Бєлокопитовою

У 1882 р. І.І. Мечников вперше відкриває явище фагоцитозу, чим закладає основи вчення про імунітет, як систему захисту людини від інфекційних хвороб – фагоцитарну (клітинну) ланку імунітету. Того ж року І.І. Мечников певний час перебував у Мессіні, в Італії. «У Мессіні, – згадував він пізніше, – стався перелом у моєму науковому житті. До цього зоолог, я відразу зробився патологом». Своє геніальне відкриття та фундаментальні висновки І.І. Мечников зробив, вивчаючи захисну реакцію блукаючих клітин (згодом він назвав їх фагоцитами, з грецької мови «фагос» – пожирач) личинки морської зірки внаслідок нанесеного їй пошкодження шипом троянди. Під мікроскопом вчений виявив реакцію клітин тварини на присутність чужорідного стороннього тіла, зокрема, як рухливі клітини морської зірки оточують і поглинають чужорідні елементи, подібно до процесу запалення в

людей. У 1883 р. ключові положення про роль фагоцитів у захисних реакціях імунітету І.І. Мечников доповів на VII з'їзді російських натуралістів і лікарів в Одесі. «Хвороба повинна розглядатися як боротьба між патогенними агентами – мікробами, які надійшли ззовні, і фагоцитами власне організму. Лікування означатиме перемогу фагоцитів, а запальна реакція буде ознакою їхньої дії, достатньої для запобігання атаці мікробів» – так пояснював захисну роль фагоцитів на тлі імунної відповіді організму дослідник. Знадобилося ще близько 17 років, поки теорія І.І. Мечникова стала офіційно визнаною. Результати вивчення ролі фагоцитозу в імунітеті І.І. Мечников виклав у праці «Несприйнятливість в інфекційних хворобах» (1901).



І.І. Мечников за роботою в лабораторії

Наприкінці XIX ст. відкриття Пауля Ерліха і талановитого учня Мечникова Жуля Борде поклали початок вченню про антитіла – гуморальну ланку імунітету. І.І. Мечников і в цьому питанні проявив свою наукову геніальність та далекоглядність. На його думку фагоцитарна (клітинна) ланка імунітету могла доповнюватися хімічною (гуморальною). Інтуїція та науковий прагматизм вченого невдовзі набули підтвердження.

Відомий вислів І.І. Мечникова «наука може і повинна в майбутньому дарувати людям щасливе існування» переконливо свідчить про його серйозне ставлення до наукової праці та глибоке переконання в тому, що шлях до здоров'я та довголіття людини визначається і здобутками науки.

Французький період біографії вченого відомий фундаментальними дослідженнями – новими відкриттями у боротьбі з хворобами та процесами старіння організму. Вийшли відомі публікації вченого: «Лекції з порівняльної патології запалення», «Несприятливість в інфекційних хворобах», «Етюди про природу людини» й інші праці. До раніше розробленої ним теорії походження багатоклітинних організмів було додано біологічну теорію імунітету та біологічну теорію старіння.

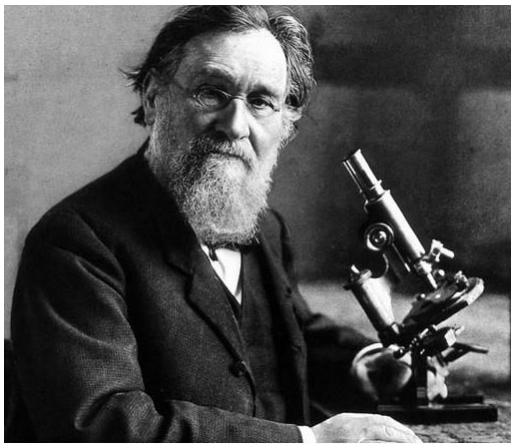
В основу старіння і смерті організму І.І. Мечников поклав отруєння мікробними й іншими токсинами. Звідси його рекомендації зі стерилізації продуктів харчування, обмеження вживання м'яса, корисності молочнокислих продуктів (відомого на той час болгарського йогурту), вживання якого вчений рекомендував для подовження активної старості та збільшення тривалості життя. Його дослідження поклали основу появі та застосуванню у майбутньому пробіотиків і пребіотиків, якими й натепер користується сучасна медицина.

Значне місце в працях І.І. Мечникова посідали питання ортобіотики та старіння. Кінцевою метою боротьби з передчасною старістю вчений вважав ортобіоз – досягнення «повного й щасливого циклу життя, що закінчується спокійною природною смертю». Основні настанови з цього питання були висвітлені ним в «Етюдах оптимізму» (1907). І.І. Мечников розмірковує про бажання жити, про страх перед смертю, про оптимістичне сприйняття життя. Вчений вважав недостатньою тривалість життя людини. Питання довголіття та подовження тривалості життя його цікавили особливо. Своїми дослідженнями та науковими працями вчений заклав фундамент нової науки – геронтології.

У своїх працях, присвячених проблемам старіння організму та способам його подолання, І.І. Мечников фактично продовжив започатковану М.І. Пироговим концепцію про домінування у майбутньому медицини профілактичної.

Ілля Ілліч був неординарною людиною. Про сміливість та відчайдушність вченого засвідчує такий епізод з його життя. Одного разу І. Мечникова змусили прийняти виклик на дуель, вибір зброї для з'ясування особистих стосунків між

дуелянтами був за вченим. Ілля Ілліч обрав бактеріологічну зброю. В одній колбі була питна вода, в іншій – рідина, заражена сибіркою. Супернику вченого пропонувалося обрати одну з них і випити. Останній просто втік. Що рухало вченим при такому «дивному» виборі? Швидше за все, його постійний науковий пошук… Пригадуючи неодноразові досліди із самозараженням патогенними мікроорганізмами, іншого пояснення знайти складно.



І.І. Мечников за роботою з мікроскопом

У 1908 р. за відкриття явища фагоцитозу та за розробку фагоцитарної теорії імунітету І.І. Мечникову було присуджено найвищу нагороду в сфері науки – Нобелівську премію у галузі фізіології та медицини (спільно з німецьким вченим Паулем Ерліхом).

У привітальній промові під час вручення премії К. Мернер із Каролінського інституту відзначив: «Після відкриттів Едварда Дженнера, Луї Пастера і Роберта Коха залишалося нез'ясованим основне питання імунології: яким чином організмові вдається перемогти хвороботворних мікробів, що, потрапивши в нього, змогли закріпитися й почали розвиватися? Намагаючись знайти відповідь на це питання, – продовжував Мернер, – І.І. Мечников поклав початок сучасним дослідженням з імунології і вплинув на весь хід її розвитку».

Серце всесвітньо відомого наукового генія І.І. Мечникова, не витримав декількох перенесених інфарктів, перестало битися 15 липня 1916 року в Парижі. Видатному вченому було на той час 71 рік. Безмежна відданість служінню науки проявилася навіть після його смерті. Своє тіло він заповів використати для медичних досліджень з подальшою кремацією. Урна з прахом наукового генія згідно з його волею розміщена в бібліотеці Пастерівського інституту.

І.І. Мечников отримав світове визнання, досягнувши найвищих наукових вершин, набагато випередивши свій час. Він міг розгледіти те, чого інші не помічали, описати те, про що інші навіть не здогадувалися, пояснити явища, які надалі ставали очевидними для всіх. Підтвердженням визнання заслуг та наукового авторитету І.І. Мечникова були його багаточисельні нагороди та звання, серед яких найстаріша наукова нагорода – медаль Коплі Лондонського королівського товариства, звання почесного доктора Кембриджського університету. Він був членом Лондонського королівського товариства, Паризької медичної академії, Шведського медичного товариства, почесним членом Бельгійської, Паризької, Петербурзької, Віденської та інших академій наук. Його доповіді та публікації привертали увагу наукової спільноти. Науковий світ знав та поважав талановитого вченого. На його думку зважали найавторитетніші світила науки.

З 2016 року за ініціативи професора кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету Володимира Миколайовича Козька було започатковано проведення Всеукраїнської науково-практичної конференції «Мечниковські читання». Вибір назви конференції не був випадковим. Прізвище видатного вченого, нашого земляка Іллі Ілліча Мечникова, стало символом і увіковічнено в назві наукового форуму – «Мечниковські читання». Левова частка проблем медицини, які висвітлює конференція, так чи інакше відносяться до наукового спадку І.І. Мечникова та напрямкам досліджень, які він виконував. Тематичний спектр конференції відображає основні світові тенденції та здобутки

українських та зарубіжних науковців у галузі інфекційної патології, мікробіології, імунології тощо, фундатором яких став І.І. Мечников.

Хтось із мудрих проголосив: «Усе геніальне – просто…». Науковий геній І.І. Мечникова полягав саме в тому, що серед великої кількості нібито очевидних явищ, властивостей, закономірностей він міг не тільки помітити, виокремити найголовніші, значимі з них, а й виявити нові, невідомі до того, застосувавши отримані результати для пояснення цього невідомого науці раніше.

Ми по праву гордимося бути земляками, продовжувачами величної справи вченого зі світовим іменем – Іллі Ілліча Мечникова, якому належать видатні відкриття світового рівня, що надали необхідний поштовх розвитку сучасної науки.

Використані інформаційні джерела:

1. Бачинська О.А. Мечников Ілля Ілліч / О.А. Бачинська // Енциклопедія історії України: у 10 т. / редкол.: В.А. Смолій [та ін.] ; Ін-т історії України НАН України. – Київ: Наук. Думка, 2009. – Т. 6: Ла-Мі. – С. 631.

2. Бедрик-Білан Х., Безносик А., Гнатюк М. та ін., під загально редакцією д. філос. наук, канд. іст. наук Ю. Павленка. 100 найвідоміших українців. – К.: ТОВ «Автограф», ТОВ «КД Орфей» 2005. – 640 с.

3. https://osvita.ua/school/biography/94296/

4. https://stus.center/p/mechnikov-illia-illich-75379

М'ясоєдов В.В., Козько В.М., Юрко К.В., Ткаченко В.Г., Граділь Г.І., Меркулова Н.Ф., Бондар О.Є., Соломенник Г.О.

СВІТЛО ДУШІ СВОЄЇ ДАРУВАЛА ЛЮДЯМ

(до 105-річчя від дня народження професора Т.Т. Чорної)

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

1 травня 2025 року виповнилося 105 років від дня народження доктора медичних наук, завідувачки кафедри інфекційних хвороб Харківського медичного інституту (1969-1992), професора Тамари Трохимівни Чорної.

Професор Т.Т. Чорна у своєму робочому кабінеті, 1999 р.

Про Тамару Трохимівну Чорну написано чимало, та вочевидь далеко не всі слова ще сказано… Хочеться продовжити оповідь про безмежно щирої душі людину, справжнього професіонала справи, обраної серцем, вірність якій Тамара Трохимівна пронесла через все своє довге та плідне життя. У цьому також виникає нестримна внутрішня й душевна потреба з огляду на те, що така яскрава й талановита зірка, якою була професор Т.Т. Чорна, на небосхилі нашого життя спалахує нечасто.

Із плином часу ми, її вихованці, не перестаємо згадувати світлий образ цієї непересічної людини. Всебічні знання та життєвий досвід, мудрі практичні поради та готовність простягнути руку допомоги, непідроблені душевна

доброта й щирість, – ось далеко неповний перелік артистизму таланту Тамари Трохимівни Чорної.

Тим, кому всміхнулася доля слухати лекції або відвідати клінічні обходи професора, спілкуватися з Тамарою Трохимівною, назавжди закарбували в своїй пам'яті неповторність, граціозність та витонченість її думок і слів.

Життєвим кредо професора Т.Т. Чорної були: відданість улюбленій справі, готовність прийти на допомогу всім, хто її потребував. Свій унікальний досвід вона безкорисно передавала учням, яким її знання та поради слугують й понині, як в професійних, так і в буденних справах.

Повсякденна кропітка праця Тамари Трохимівни була направлена задля блага людини, здоров'я та життя якої вона вважала найвищою цінністю та головним пріоритетом. Вона безмірно любила та цінувала життя, адже сама все своє власне життя боролася за його збереження в інших, пройшла через смертельне пекло Другої світової війни, не раз рятуючи від смерті поранених бійців, а у післявоєнному житті – тяжкохворих пацієнтів.

Тамара Трохимівна ніколи не зупинялася на півдорозі, йшла й досягала поставленої мети, особливо якщо це рятувало життя та повертало здоров'я пацієнтів. Відкритість та доступність, шанобливе ставлення і доброзичливість виділяли її з поміж багатьох інших.

«Царівна – клініка», – саме так своєрідно і з повагою називала вона важливу складову непростого шляху встановлення діагнозу інфекційного захворювання. Набутий Тамарою Трохимівною колосальний клінічний досвід не раз ставав в нагоді в складних діагностично-лікувальних ситуаціях. У будь-який час доби, вона була готова відгукнутися на прохання оглянути хворого для встановлення діагнозу і призначення рятівного лікування.

За своє довге та плідне професійне життя Т.Т. Чорна виховала цілу плеяду талановитих лікарів, науковців, викладачів, залишила по собі добру згадку та слова вдячності врятованих та зцілених пацієнтів.

Клінічні обходи та огляди пацієнтів професора Т.Т. Чорної без перебільшення були очікуваною подією як серед лікарів відділень, так і серед колег по кафедрі.

Професор Т.Т. Чорна під час огляду пацієнта, 1970-ті роки

Висока вимогливість до себе та до інших, відповідальне відношення до будь-якої справи, терпіння, наполегливість, працелюбність, чесність та доброзичливість – це основні риси характеру Тамари Трохимівни, які сприяли успішному вирішенню наукових, навчальних та лікувальних задач і проблемних питань.

Із Тамарою Трохимівною було надзвичайно цікаво спілкуватися. Її вважали невичерпним джерелом знань, умінь та досвіду, й недаремно. На будь-яку тему вона могла вести розмову, говорила красиво, зрозуміло, водночас доступно та цікаво. Затамувавши подих, ми із захопленням слухали розповіді та спогади Тамари Трохимівни про часи Голодомору, які припали на її ще дитячі роки, перші кроки в медицину, в яку закохалася з самого дитинства, період навчання в медичному інституті, тяжкі роки військового лихоліття Другої світової війни, захоплюючі розповіді про пацієнтів, клінічні ситуації, медицину та науку.

Жадоба пізнання проявилася у юної Тамари ще з дитячих років, коли вона пішла у сільську школу на Вінниччині в перші роки після громадянської війни, роки голоду, розрухи, Голодомору, репресій. В 1938 р. Т.Т. Чорна робить значний крок на шляху до втілення заповітної мрії – стати лікарем, і вступає на

1-й курс лікувального факультету Київського медичного інституту. Тож наступні, майже вісімдесят років її життя, нерозлучно поєднали її з омріяною медициною.

Як згадувала сама Тамара Трохимівна, жага до знань і навчання у неї та її однокурсників наприкінці 30-х років минулого століття були такими непереборними, що майбутні медики у вільні від занять дні перелаштовували кімнату гуртожитку, в якому мешкали, на лікарню, та самостійно інсценували історії хворих з різними діагнозами, яких самі ж оглядали та лікували. Чим не корисний і такий наглядний приклад симуляційних навчальних технологій теперішнім поколінням викладачів та студентів, які відповідно навчають та набувають практичних навичок та вмінь на шляху до опанування професії лікаря?

Т.Т. Чорна (праворуч) з подругами по навчанню під час інсценування догляду за хворим, 1939 р.

Після завершення війни Т.Т. Чорна повертається до улюбленої справи – спочатку працює вакцинатором, а потім епідеміологом і головним лікарем санітарно-епідеміологічної станції. Та в думках вона мріяла про наукову роботу та дослідження, а тому в 1958-му році вступає в аспірантуру на кафедру інфекційних хвороб при Київському медичному інституті. На її світогляд та формування як вченого-медика, значно вплинули її вчителі, на той час відомі вчені – Л.В. Громашевський, А.М. Зюков, Б.Я. Падалка, О.Ф. Білібін та ін.

Пригадується безліч, здавалося банальних життєвих і робочих ситуацій, які, втім, й були свідченням великої душевної теплоти та любові Тамари Трохимівни до людей, та які гармонійно поєднувалися з відданістю справі, обраній серцем.

Якщо того вимагала клінічна ситуація, Тамара Трохимівна залишалася біля хворого стільки, скільки було необхідно. На пам'яті медичного персоналу інфекційної клініки залишається складний діагностично-лікувальний випадок черевного тифу. В найтяжчий для пацієнта період хвороби, коли зазвичай виникали ускладнення, Тамара Трохимівна залишилася біля хворого до самого ранку, а його життя було врятоване.

До своїх учнів, колег та підлеглих Тамара Трохимівна завжди ставилася доброзичливо, з повагою, але в той же час – вимогливо. Вона цінувала наполегливість у досягненні мети, якщо за цією метою слідувало благополуччя і здоров'я людини. Своїх учнів, дисертантів, вона часто і з любов'ю називала «мої діти», вчила бути послідовними, відданими клятві Гіппократа та кодексу честі лікаря.

Із великою теплотою згадують колишні гуртківці засідання наукового гуртка кафедри інфекційних хвороб, які проводила Тамара Трохимівна. Розповіді професора про інфекційну патологію не могли нікого залишити байдужим. Тож не дивно, що багато її учнів свою подальшу медичну долю пов'язали з професією інфекціоніста.

Професор Т.Т. Чорна з групою іноземних студентів

Не одне покоління лікарів практичної ланки охорони здоров'я пам'ятають незабутні, цікаві, емоційні лекції та доповіді професора Т.Т. Чорної. Школою професійної майстерності через багато років називають заняття, проведені Т.Т. Чорною, її учні, студенти та гуртківці. Розповідати про клінічні випадки та демонструвати пацієнтів у відділеннях інфекційної лікарні вона могла, здавалося, без відпочинку та перерв. Маючи міцні знання, помножені на потужний науковий, викладацький і практичний досвід, Тамара Трохимівна, здавалося, без особливих зусиль заволодівала увагою аудиторії, студентів і, навіть, пацієнтів. Але за всім цим насправді стояла наполеглива та постійна її праця, безсонні ночі підготовки до занять, самоосвіта та самовдосконалення.

В одній із поліклінік м. Харкова працює оториноларингологом студент Тамари Трохимівни. Дізнавшись, що його черговий пацієнт особисто знав професора Т.Т. Чорну, він поринув у спогади 30-ти річної давнини: «Пацієнт був настільки збуджений і говірливий… Йому через вікно привиджувалися страшні істоти, а тому він кричав на всю палату так голосно, як тільки міг і намагався кудись бігти…» Лікар зумів пригадати навіть тему цієї лекції – «Висипний тиф», настільки запам'яталося йому неповторний стиль читання Тамари Трохимівни, як і клініка тифу. Студенти слухали її затамувавши подих, не помічаючи плину часу. Поясненням цього було те, що Тамара Трохимівна вибудовувала лекційний матеріал виходячи зі свого власного багатого клінічного досвіду. Наглядність, практична цінність викладу матеріалу були бездоганні, а відточені та вдало дібрані слова й вираження, психо-емоційний компонент лекції, придавав останній унікальний акцент, що надовго зберігався у пам'яті слухача.

Окрім лекторських здібностей, Тамара Трохимівна була організатором і новатором, невтомним, справжнім «генератором» думок, ідей, впроваджень діагностичних та лікувальних методів в клінічну практику, освітніх та наукових технологій в навчання. Саме такої активності та інноваційності завжди потребував розвиток та прогрес медичної науки та освіти. Тамара Трохимівна чудово розуміла значущість оновлення та модернізації науково-технічної,

лікувально-діагностичної та навчальної бази, необхідність їх оснащення для забезпечення належного рівня викладання дисципліни «інфекційні хвороби» та рівня науково-дослідницьких робіт вимогам того часу, запровадження сучасних і передових принципів лікування інфекційних хворих.

Вона не боялася бути першою, хоча це часто оберталося проблемами, вона не вагалася говорити без прикрас про реальний стан речей, хоча цього часто не любили. Багато працюючи та удосконалюючи свої знання та вміння, Тамара Трохимівна поступово здобула авторитет та визнання серед колег на кафедрі та лікарів клініки, по праву вважалася науковцем, лікарем та викладачем високого рівня, від Бога.

Не вагаючись Тамара Трохимівна бралася за складні організаційні питання і справи. Вона могла особисто поїхати за сотні кілометрів до виробників та постачальників медичного оснащення, директорів заводів, керівників установ. Завдяки їй на кафедрі та у клініці з'являлися сучасні на той час медичні прилади та діагностично-лікувальна апаратура – люмінісцентний мікроскоп, апарати для інгаляційної та лазеротерапії, колоноскоп, капіляроскоп, які слугувала пацієнтам довгі роки і допомогли врятувати чимало життів і доль.

Організувати І-й з'їзд інфекціоністів України в 1978 році було справою подвійно відповідальною та непростою, адже це був перший науковий форум такого роду і досвіду проведення для такого рівня заходу на той час ще ніхто не мав. Але Тамара Трохимівна успішно справилася з цією задачею.

За, як здавалося, суворою зовнішністю професора у білому халаті та медичній шапочці, був ніби «прихований» образ лагідної і турботливої матусі та бабусі удома, відповідального та мудрого лікаря і вченого на роботі, а ще – доступної для спілкування у повсякденному житті людини, колеги, порадника.

Тамара Трохимівна виховала доньку, яка також стала лікарем. Її онук продовжує пізнавати шляхи інфекційної патології, опанувавши спеціальність інфекціоніста та захистивши ступінь кандидата медичних наук. Із особливою, характерною для Тамари Трохимівни безмежною любов'ю, теплотою та

турботою, вона дуже легко і невимушено спілкувалася з малечею, котра тягнулася до Тамари Трохимівни, немов квітки до сонечка. І завжди на такий випадок у неї був приготовлений солодкий сюрприз чи іграшка для найменшеньких…

До Т.Т. Чорної малеча тягнулася, немов до сонечка… 1987 р.

Пригадується ще такий випадок, який стався в заміському літньому таборі відпочинку, куди Тамара Трохимівна приїхала провідати свого онука. У однієї дівчинки раптово з'явився біль у животі, тож на прохання медсестри оглянути захворілу дитину Тамара Трохимівни відреагувала миттєво. Вердикт виявився невтішним – не можна було виключити гострий апендицит. Невдовзі до табору прибула бригада медиків і забрала хвору дитину до міської лікарні. Як виявилося, бригаду невідкладної допомоги до дитини після прибуття у місто викликала особисто Тамара Трохимівна.

Чи не найулюбленішою справою свого життя Тамара Трохимівна вважала наукову роботу. В 50-70-ті роки минулого століття дисертації та наукові публікації нерідко з'являлися на світ при світлі керосинових ламп або свічок, в кімнатах комунальних та малогабаритних квартир або на кухнях. До таких побутових обмежень Тамара Трохимівна відносилася спокійно, на її думку – «…головне, щоб були папір та олівець, все решта – продукт мислення і розуму…». Науковці та дисертанти значний час витрачали на поїздки в міста – наукові центри, де левову частку часу занурювалися у роботу в бібліотеках, книгосховищах, архівах тощо. Та була від того й неабияка користь: науковці

досконало розумілися в усіх аспектах, відображених у роботі, зазвичай самостійно виконували клінічну і лабораторну її частини, що слугувало всебічному професійному розвитку дисертантів та вчених. У ті роки домінували інфекційні хвороби бактеріальної етіології. Наука лише починала свою переможну ходу на шляху до подолання епідемій дифтерії та кашлюку, поліомієліту та черевного тифу. Внесла свій вагомий вклад та науковий доробок у світову наукову скарбничку й професор Т.Т. Чорна. За її особистого керівництва було захищено 10 кандидатських та одна докторська дисертації, вийшло понад 200 наукових публікацій, отримано десятки патентів на винаходи.

Результатом докладених зусиль професора Т.Т. Чорної, стало здобуття колективом кафедри інфекційних хвороб Харківського медичного інституту вагомих наукових досягнень та зайняття провідних позицій у вивченні інфекційної патології. Зокрема, застосування лазерної терапії у інфекційних хворих вперше в Україні було виконано на кафедрі, яку очолювала професор Т.Т. Чорна.

Поколінню тих, хто мав щастя долі знати Тамару Трохимівну Чорну особисто, без перебільшення дуже поталанило. Навіть короткочасне спілкування з цією людиною, залишало в пам’яті незабутні, сильні та яскраві позитивні враження і переживання, які й донині, через десятиліття зберігають здатність викликати емоційне піднесення, добрий настрій та щиру посмішку на обличчі.

Тамари Трохимівни Чорної не стало 28 травня 2016 року.

Усе своє довге, багатогранне та насичене подіями життя, Тамара Трохимівна займалася улюбленою справою – навчала інших, як рятувати життя та повертати здоров’я хворим, винаходила та застосовувала для цього науково обгрунтовані способи та підходи. Володіючи даним їй Богом та батьками талантом, до якого були додані її власні значні зусилля і кропітка праця, вона завжди стояла на варті найціннішого надбання людини – здоров’я та життя,

благополуччя та щастя, миру та добра, для чого щиро, безкорисно та з любов'ю дарувала «світло душі своєї», усім нам…

Місце поховання професора Т.Т. Чорної

Еталоном найвищих моральних цінностей та професійних якостей залишається Тамара Трохимівна Чорна у пам'яті тих, хто її знав. Воістину безцінний та яскравий, непорушний з плином часу, приклад духовності, людяності та професіоналізму, який варто унаслідувати нащадкам та прийдешнім поколінням.

Пам'ятаємо, згадуємо, захоплюємось…

Вона плекала світ теплом душі своєї,
Допомагала безкорисно хворим і нужденним,
Навчала смерть перемагати у двобою за життя,
Йшла уперед до переможного кінця.
Мистецтву лікувати вчила творчо і натхненно,
Розпізнавати збудників тяжких інфекцій.
Світло душі своєї людям дарувала,
Пам'ять про Вчителя в серцях завжди із нами…

Божко О.О.

ПІДГОТОВКА БОЙОВИХ МЕДИКІВ ДО РІВНЯ «АСИСТЕНТ ХІРУРГА» ЯК СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАННІХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ВІДКЛАДЕНІЙ ЕВАКУАЦІЇ

КНП «МКБЛ №25» ХМР, м. Харків, Україна

«Experimental Surgery and Morbi Lab», м. Харків, Україна

Актуальність. Ранова інфекція залишається однією з провідних причин захворюваності та летальності серед поранених у бойових умовах. Класичні стандарти догоспітальної допомоги за TCCC передбачають контроль кровотечі, базовий дебридмент та введення антибіотиків (Butler et al., 2017). Проте бойові дії на сучасному полі бою України демонструють наступні критичні проблеми: Відстрочені евакуації – поранені можуть залишатися без хірургічної допомоги 10–48 годин. Підвищена контамінація ран – ґрунт, уламки, сторонні тіла, полімікробні патогени (Enterobacteriaceae, Pseudomonas, Acinetobacter, Clostridium spp.). Обмежені ресурси та логістичні труднощі, що унеможливлюють класичну швидку хірургічну допомогу.

У таких умовах класичний рівень підготовки бойового медика є недостатнім для ефективної профілактики інфекцій. Це зумовлює необхідність підвищення кваліфікації медиків до рівня «Асистент хірурга», що включає розширений дебридмент, оцінку забруднення рани, базові хірургічні маніпуляції та оптимальну антибіотикопрофілактику, моніторинг.

Матеріали і методи. Було проаналізовано понад 120 джерел за період 2013–2025 рр., включаючи: TCCC Guidelines for Medical Personnel (2024), NATO CoE MED: Combat Trauma Management Guidelines (2023), публікації з Journal of Trauma and Acute Care Surgery, Military Medicine, Clinical Infectious Diseases, локальні дані МОЗ України щодо антибіотикорезистентності та епідеміології ранніх інфекцій (2023–2024). Критерії включення: дослідження щодо догоспітальної хірургії, профілактики інфекцій при бойових пораненнях, відстроченої евакуації та підвищеної підготовки медиків. Опитано 18 фахівців:

12 бойових медиків та 6 хірургів, оцінюючи: частоту відкладених евакуацій (>6 годин), характер забруднення ран (ґрунт, сторонні тіла, полімікробна флора), ефективність існуючого рівня підготовки медиків у запобіганні інфекціям.

На основі літературного огляду та експертних оцінок було розроблено модульну програму підготовки бойових медиків до рівня «Асистент хірурга», що складається з декількох модулів. Модуль 1: Теоретична підготовка з особливим акцентом на анатомії та фізіології ран, АБ-терапії, принципи асептики та антисептики в умовах обмежених ресурсів. Модуль 2: Практичні навички «Розширений первинний дебридмент та асистування у хірургії, тимчасовий дренаж та контроль кровотечі в глибоких ранах, особливості перев'язок із урахуванням польових умов». Модуль 3: Симуляційні тренінги.

Підготовка до рівня «Бойовий медик – асистент хірурга» дозволяє: ретельний первинний дебридмент із видаленням некротичних тканин та сторонніх тіл, оптимізацію антибіотикопрофілактики, враховуючи локальну мікробіологічну ситуацію, застосування базових хірургічних маніпуляцій, таких як дренаж, контроль кровотечі та накладання антисептичних пов'язок, моніторинг стану рани до евакуації, що знижує ризик некротизуючих ускладнень. Експертний аналіз та літературні дані свідчать, що наявність хоча б одного медика з розширеними навичками знижує частоту інфекційних ускладнень на 30–40 % у поранених із високим рівнем забруднення ран.

Висновки. Класичний рівень підготовки бойових медиків не завжди забезпечує достатньої профілактики ранніх інфекцій у поранених при відкладеній евакуації. Підготовка до рівня «Асистент хірурга» дозволяє ефективно проводити дебридмент, оптимізувати антибіотикопрофілактику та контролювати стан рани, що значно знижує ризик інфекцій та некротизуючих ускладнень.

Божко О.П., Божко О.О.

ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ ХОЛОДОВОЇ ТРАВМИ ЯК ФАКТОР ПРОФІЛАКТИКИ SIRS І БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

КНП «МКБЛ №25» ХМР, м. Харків, Україна

«Experimental Surgery and Morbi Lab», м. Харків, Україна

Актуальність. У сучасних клінічних протоколах лікування холодової травми, зокрема у настановах Wilderness Medical Society та US Army Cold Injury Guidelines, ключова увага приділяється застосуванню вазоактивних препаратів (ілопрост, простагландини) та тромболітиків (альтеплаза). Їхня ефективність при тяжких відмороженнях доведена, однак реальна клінічна імплементація в Україні наразі обмежена: висока вартість, дефіцит препаратів, складність моніторингу та відсутність офіційних показів до застосування при холодовій травмі створюють істотні бар'єри. У таких умовах виникає потреба у прагматичній, патогенетично обґрунтованій схемі лікування, орієнтованій на базовий рівень доступності й безпеки. Особливої актуальності така схема набуває у медицині поля бою, де фактор часу, простота введення та стабільність препаратів часто мають вирішальне значення.

Матеріали і методи. Проведено аналітичний огляд сучасних клінічних настанов (WMS, NATO, US Army), публікацій щодо ролі SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) та бактеріальної колонізації при холодовій травмі, а також практичний аналіз клінічних підходів у польових умовах. На цій основі запропонована модифікована патогенетична схема терапії, адаптована до ресурсно-обмежених умов: папаверин – вазодилататор, усуває периферичний спазм. Латрен – покращення мікроциркуляції, зменшення агрегації еритроцитів. Розчин Рінгера-малату 500 – корекція метаболічного ацидозу, підтримка клітинного метаболізму. Нікотинова кислота – вазодилатація, покращення трофіки тканин. Нардін – профілактика мікротромбозів та реперфузійного ушкодження. Антибіотикопрофілактика

(цефотаксим або цефепім) – превенція бактеріальної колонізації у некротизованих або ішемізованих тканинах.

Результати. Згідно з патогенетичним аналізом, холодова травма ініціює каскад реакцій: вазоконстрикція → ішемія → реперфузійний оксидативний стрес → активація цитокінів → SIRS → бактеріальна колонізація. Запропонована комбінація фармакологічних агентів чинить вплив на кілька ключових ланок цього процесу: Папаверин і нікотинова кислота – зменшують периферичний спазм, поліпшують мікроциркуляцію, знижують ішемічну гіпоксію. Латрен і Нардін – стабілізують реологічні властивості крові, попереджають формування мікротромбів, покращують оксигенацію. Рінгер-малат – забезпечує метаболічну підтримку клітин у фазі реперфузії, зменшуючи ризик оксидативного пошкодження. Антибіотикопрофілактика – мінімізує колонізацію бактеріями на тлі ішемічного або некротизованого субстрату. Особливу цінність запропонована схема має для тактичної та військової медицини, де відсутня можливість проведення тромболізису або ілопрост-терапії. Комбінація простих препаратів, відомих медичному персоналу, з мінімальним ризиком ускладнень дозволяє застосовувати її у Role 2 госпіталях, на етапі стабілізації чи евакуації поранених.

Висновки. Патогенетична терапія холодової травми за спрощеною схемою є реалістичною, безпечною та ефективною альтернативою ілопрост-орієнтованим підходам у польових умовах. Її застосування сприяє зниженню ризику розвитку SIRS, мікротромбозів, бактеріальної колонізації та септичних ускладнень, що має вирішальне значення для бойової хірургії. Простота, логістична автономність і низька вартість препаратів роблять схему придатною для масового впровадження у систему військової медицини та цивільних госпіталів з обмеженими ресурсами. Подальші дослідження мають бути спрямовані на порівняльну оцінку цієї схеми з ілопрост-терапією та визначення оптимальної тривалості застосування у різних ступенях відмороження.

Бондар О.Є.[1, 2], Янішевська Л.П.[2]

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПЕЧІНКИ «ГЕПАТОСКАН» У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]ТМ SonoMed Clinic, м. Харків, Україна

Вступ. Прогресуючий перебіг хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) супроводжується хронічним запаленням від мінімального до вираженого ступеня, формуванням фіброзу печінки, ступінь тяжкості якого корелює із прогнозом та визначає терапевтичну тактику, розвитком портальної гіпертензії, можливим стеатозом печінки та ризиком злоякісної трансформації (гепатоцелюлярна карцинома). Наявність коморбідної патології, такої як стеатотична хвороба печінки (MASLD, MASH, MetALD, ALD), тісно пов'язана з прискореним розвитком стеатозу та фіброзу печінки. Ці стани у комбінації з ХВГ є важливими кофакторами прогресування хронічних захворювань печінки та ключовими клінічними критеріями для визначення пацієнтів із високим ризиком швидкої прогресії захворювання, що вимагає першочергового лікування. Відповідно, для більш точної діагностики стану печінки у хворих на ХВГ, актуальним є застосування методів дослідження, що передбачають комплексну мультипараметричну оцінку, включаючи визначення стеатозу печінки.

Мета: оцінити клінічне значення мультипараметричної ультразвукової методики «Гепатоскан» для оцінки стану печінки у хворих на ХВГ.

Матеріали та методи. Обстежено 18 хворих на ХВГ: ХВГ В – 6 (33,3 %) та ХВГ – С 12 (66,7 %) віком від 18 до 60 років, з яких жінок було 11 (61,1 %), чоловіків – 7 (38,9 %) за розробленою мультипараметричною методикою «Гепатоскан», що включає УЗД органів черевної порожнини (печінка, селезінка, жовчний міхур, підшлункова залоза), доплерографію печінкового кровотоку, еластографію (2D-SWE), стеатометрію за допомогою апарату

Toshiba Aplio i800 (Японія). Додатково, використовувалася віскозиметрія печінки – метод базується на модулі еластгографії зсувної хвилі (SWD).

Результати. Виявлено стадії фіброзу (за METAVIR): F0 – у 2 (11,1 %) пацієнтів, F-1 – у 7 (38,9 %), F-2 – у 5 (27,8 %), F-3-4 – у 3 (16,7 %). Стеатоз печінки визначався у 11 (61,1 %) пацієнтів: S0 – у 7 (38,9 %) пацієнтів, S1 – у 7 (38,9 %), S2 – у 2 (11,1 %), S3 – 2 (11,1 %). Одночасно фіброз та стеатоз спостерігалися у 10 (55,6 %) пацієнтів, стеатоз без фіброзу – у 1 (5,6 %). У 1 (5,6 %) пацієнта патологічні зміни d печінці не виявлено. У 3 (16,7 %) пацієнтів виявлялися ознаки портальної гіпертензії, зокрема збільшення розмірів селезінки, розширення ворітної та селезінкової вен, зниження швидкості кровотоку у ворітній вені. Порушення кровотоку у вигляді тромбозів та об'ємні новоутворення не спостерігалися.

Висновки. Застосування мультипараметричної методики «Гепатоскан» у хворих на ХВГ дозволяє одночасно отримати комплексну характеристику: стадія фіброзу, вираженість стеатозу, стан кровотоку, наявність новоутворень печінки, що має діагностичне значення, впливає на терапевтичну тактику та може бути використане для моніторингу пацієнтів в динаміці. Клінічне значення віскозиметрії щодо інформативності оцінки ступеня мікроциркулятрних порушень, що викликають підвищення в'язкості паренхіми та, вірогідно, корелюють з активністю запального процесу, потребує подальших досліджень.

Бондаренко А.В.[1], Кацапов Д.В.[1], Бондаренко О.В.[2], Марченко Н.С.[3]

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ *ACINETOBACTER BAUMANNII*, У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]Міжнародний медичний університет, м. Харків, Україна

[3]Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Acinetobacter baumannii є одним із провідних етіологічних агентів нозокоміальних інфекцій у відділеннях інтенсивної терапії з високим рівнем мультирезистентності. Всесвітня організація охорони здоров'я включила карбапенем-резистентні штами *A. baumannii* до переліку бактерій критичного пріоритету, для яких терміново необхідна розробка нових антибіотиків. Під час пандемії COVID-19 спостерігалося зростання частоти нозокоміальних інфекцій, спричинених мультирезистентними патогенами, зокрема *A. baumannii*.

Мета. Оцінити поширеність, клінічні особливості перебігу, профіль антибіотикорезистентності та результати лікування інфекцій, спричинених *A. baumannii*, у пацієнтів з COVID-19 у відділенні інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 50 клінічних випадків інфекції, спричиненої *A. baumannii*, у пацієнтів з COVID-19 у відділенні інтенсивної терапії Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна інфекційна лікарня» протягом 2020-2022 років. Критерії включення: вік від 18 років, підтверджений діагноз COVID-19 за допомогою ПЛР-тесту (RT-PCR), мікробіологічно верифікована інфекція *A. baumannii*, тривалість госпіталізації не менше 7 днів, наявність повних клінічних даних. Критеріями виключення були недоступність повних клінічних даних та наявність супутніх ко-інфекцій іншими бактеріальними патогенами. Діагноз нозокоміальної інфекції встановлювався згідно з критеріями CDC та рекомендаціями ECDC.

Бактеріальні ізоляти *A. baumannii* були виділені з різноманітних клінічних матеріалів: мокротиння, бронхоальвеолярного лаважу, крові та сечі. Ідентифікацію мікроорганізмів проводили за допомогою стандартних біохімічних тестів та ПЛР із визначенням гена *blaOXA-51-like*. Визначення чутливості до антибіотиків виконували методами диск-дифузії на агарі Мюллера-Хінтона та мікророзведення у бульйоні для визначення мінімальних інгібуючих концентрацій, згідно з рекомендаціями EUCAST. Як штами контролю якості використовували *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 та *Escherichia coli* ATCC 25922. Тестували чутливість до карбапенемів, фторхінолонів, цефалоспоринів, аміноглікозидів та колістину.

Для молекулярно-генетичного аналізу зразки крові пацієнтів досліджувалися за допомогою системи BIO-RAD CFX96 Real-Time PCR та комерційного набору RevoDx Sepsis Pathogen Detection Kit для виявлення генів карбапенемаз: *blaOXA-23, blaOXA-24, blaOXA-58, blaNDM, blaVIM, blaIMP* та видоспецифічного маркера *blaOXA-51-like*.

Мультирезистентні штами визначалися як резистентні щонайменше до одного препарату у трьох або більше класах антибіотиків. Екстенсивно-резистентні штами були чутливі лише до одного або двох класів антибактеріальних засобів. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програмного забезпечення R (версія 4.x) та RStudio. Кількісні показники представляли у вигляді M±SD. Для порівняння груп використовували критерій χ^2 Пірсона, точний критерій Фішера та критерій Манна-Уітні. Різницю вважали статистично значущою при $p<0,05$.

Результати. Дослідження охопило 50 пацієнтів, середній вік яких становив 56,3±12,5 років (діапазон 22-78 років). Чоловіки переважали, складаючи 62 % (n=31), тоді як жінки – 38 % (n=19). Середня тривалість госпіталізації до моменту розвитку інфекції становила 14,2±8,7 днів. Показник тяжкості стану пацієнтів за шкалою APACHE II в середньому склав 18,4±6,2 бали. Значна частка пацієнтів отримувала інвазивні медичні процедури: ШВЛ застосовували у 68 % (n=34) пацієнтів, центральний венозний

катетер мали 92 % (n=46), а сечовий катетер – 96 % (n=48). Найчастішими супутніми захворюваннями були: артеріальна гіпертензія (36 %), ішемічна хвороба серця (30 %), цукровий діабет 2 типу (24 %) та хронічне обструктивне захворювання легень (18 %).

A. baumannii найчастіше викликав: пневмонію, асоційовану зі штучною вентиляцією легень – 40 % (n=20) пацієнтів (середній час розвитку після інтубації становив 8,3±4,2 днів); сепсис – 40 % (n=20) пацієнтів (*A. baumannii* був виділений з крові у 100 % випадків сепсису, у 60 % виявлялися ознаки поліорганної недостатності); інфекції сечовивідних шляхів – 20 % (n=10) пацієнтів.

Аналіз антибіотикочутливості продемонстрував високий рівень резистентності: до карбапенемів (іміпенем/меропенем) – 62 % ізолятів; до фторхінолонів (ципрофлоксацин/левофлоксацин) – 75 %; до цефалоспоринів III-IV покоління (цефтазидим/цефепім) – 85 %; до аміноглікозидів: амікацин – 72 %, гентаміцин – 81 %. Найвищу активність продемонстрував колістин – 92 % чутливих ізолятів. Загалом, мультирезистентними виявилися 88 % (n=44) ізолятів, екстенсивно-резистентними було 12 % (n=6) ізолятів.

У зразках від 50 пацієнтів, де був виявлений *A. baumannii*, ген *blaOXA-51* виявлено у 100 % випадків. Набуті гени резистентності до карбапенемів були виявлені у 78 % зразків: *blaOXA-23* – 65 % (n=32) зразків; *blaNDM* – 25 % (n=12) зразків; *blaVIM* – 12 % (n=6) зразків; *blaOXA-24* – 10 % (n=5) зразків. Комбінація декількох генів резистентності спостерігалася у 40 % зразків, що корелювало з фенотипом екстенсивної резистентності.

Цілеспрямовану терапію на основі результатів антибіотикограми призначали на 3-4-у добу від моменту забору клінічного матеріалу. Монотерапію отримували 44 % (n=22) пацієнтів: карбапенемами – 12, колістином – 7, тигецикліном – 3. Комбіновану терапію призначали 56 % (n=28) пацієнтам: колістин + тигециклін (n=14), колістин + карбапенем (n=9), тигециклін + карбапенем (n=5).

Комбінована терапія колістин + тигециклін забезпечила найвищу виживаність – 78 % (11 з 14 пацієнтів одужали). Монотерапія карбапенемами

виявилася найменш ефективною з виживаністю 42 % (5 з 12 пацієнтів).

Загальна летальність склала 36 % (n=18). Одужання спостерігалося у 64 % пацієнтів (n=32). Середня тривалість госпіталізації у пацієнтів, які одужали, становила 28,4±12,6 днів. Статистично значущі фактори ризику летального наслідку: вік понад 65 років (OR=3,2; 95 % CI 1,1-9,4; p=0,03); наявність сепсису (OR=4,1; 95 % CI 1,3-12,8; p=0,01); панрезистентність збудника (OR=5,7; 95 % CI 1,1-29,2; p=0,04); затримка початку адекватної терапії понад 48 годин (OR=2,8; 95 % CI 1,0-7,9; p=0,049). У нашій вибірці пацієнти з ізолятами, що несли гени метало-β-лактамаз (*blaNDM* та *blaVIM*), мали нижчу виживаність: 25 % для *blaNDM* (3 з 12 пацієнтів) та 17 % для *blaVIM* (1 з 6 пацієнтів). У пацієнтів з ізолятами, що мали лише природний ген *blaOXA-51* без додаткових детермінант резистентності, виживаність становила 80 %.

Висновки. *A. baumannii* є одним із найбільш клінічно значущих збудників нозокоміальних інфекцій у відділеннях інтенсивної терапії з високим рівнем летальності (36 %). Виявлено високий рівень резистентності до карбапенемів (62 %) та фторхінолонів (75 %), що відображає серйозність проблеми антибіотикорезистентності в регіоні та значно обмежує доступні терапевтичні опції. Колістин зберігає найвищу активність (понад 90 % чутливих ізолятів), що підтверджує його значення як препарату «останньої лінії». Слід зазначити, що EUCAST та CLSI не встановили клінічних точок відсікання (*breakpoints*) для визначення чутливості *Acinetobacter spp.* до тигецикліну, тому результати тестування цього антибіотика потребують обережної інтерпретації. Сульбактам-вмісні схеми (зокрема високодозовий ампіцилін/сульбактам та сульбактам/дурлобактам) розглядаються у сучасних міжнародних рекомендаціях (IDSA, 2024) як важливий компонент терапії при інфекціях *A. baumannii*, особливо коли інші опції обмежені, завдяки власній активності сульбактаму проти пеніцилін-зв'язуючих білків цього патогена. Наявність набутих генів резистентності, зокрема *blaNDM* та *blaVIM*, асоціювалася з нижчою виживаністю пацієнтів. Комбінована

антибіотикотерапія демонструє значно вищу ефективність порівняно з монотерапією: комбінація колістин + тигециклін забезпечила виживаність 78 %, тоді як монотерапія карбапенемами – лише 42 %, що узгоджується з рекомендаціями IDSA щодо використання принаймні двох активних препаратів для лікування тяжких інфекцій карбапенем-резистентних *A. baumannii*. Для ефективної боротьби з ацинетобактерними інфекціями необхідний комплексний підхід: посилення інфекційного контролю, раціональне призначення антибіотиків на основі даних резистентності, регулярний моніторинг та оптимізація протоколів антибіотикотерапії.

Граділь Г.І.[1], Юрко К.В.[1], Могиленець О.І.[1], Нартов П.В.[2], Кульшин В.Є.[2]

ГРИП А (H1N1) pdm09: ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГАЛЕКТИНУ-3 ЯК ДОДАТКОВОГО ПРОГНОСТИЧНОГО БІОМАРКЕРУ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Після пандемії SARS-CoV-2/COVID-19 прогнозується можливість появи наступної загрози, що може бути обумовлена саме високопатогенними вірусами (HPCoVs) (SARS-CoV-2, MERS-CoV, і SARS-CoV), H5N1. Всесвітня організація охорони здоров’я прийняла умовне найменування Х – хвороба для теоретично можливих патогенів, що можуть викликати епідемії або пандемії з надзвичайно високою летальністю. Залишаються актуальними пандемічний грип A(H1N1)pdm09 та COVID-19, які схильні глобально розповсюджуватись та повторюватись. За останні роки накопичилися докази на підтвердження ключової ролі в імунному гомеостазі галектинів. Галектин-3 регулятор імунних функцій, що експресується різними імунними та епітеліальними клітинами. Продемонстрована також його прозапальна дія, а регуляція запальної відповіді галектину-3 сприяє рекрутуванню нейтрофілів і макрофагів у легеневу тканину, що посилює пошкодження альвеол та ендотелію капілярів. Рівень галектину-3 у

плазмі крові підвищується у пацієнтів з тяжким перебігом грипу A(H1N1) і корелює з вираженістю ГРДС.

Мета роботи – встановити предикторну роль галектину-3 у прогнозуванні перебігу пандемічного грипу A(H1N1)pdm09.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективне дослідження даних пацієнтів, що були госпіталізовані в обласну клінічну лікарню міста Харкова. Діагноз грип А (H1N1) підтверджувався методом ПЛР при виявленні РНК вірусу в досліджуваних назофарингеальних зразках. Вивчено історії хвороби, результати клінічного та лабораторного обстеження. Клінічні дослідження були виконані відповідно до вимог протоколів надання клінічної допомоги. Вміст галектину-3 визначали в сироватці крові пацієнтів методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням наборів реактивів «Human Galectin-3 Platinum ELISA» виробництва компанії «eBioscience» (Австрія). Контроль включав результати досліджень галектину-3 у 20 здорових осіб. Всі пацієнти отримували озельтамівір (тамівір та таміфлю) по 75 мг два рази на добу. При обробці матеріалу застосовувалися також методи варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента. Статистичний аналіз результатів дослідження проводився за допомогою SPSS Statistics 17.0.

Результати. Аналізуючи дані 13 пацієнтів (9 чоловіків, 4 жінки) встановлено, що середній вік становив (M±m) 32,3±3,2 роки, min 18, max 51; день хвороби при госпіталізації 2,6±0,3, min 1, max 5; температура тіла при госпіталізації 38,4±0,2, min 36,5°, max 39,5°. Проведені у стаціонарі ліжкодні складали 10,6±1,7, min 6, max 27. У клінічному аналізі крові загальна кількість лейкоцитів при госпіталізації 5,58±0,35, min 3,5, max 7,7 тис. в 1 мкл, лімфоцитів 24,8±3,1 %, min 10, max 46. Перебіг середньої та легкої тяжкості спостерігався у 11 пацієнтів, у 2-х був діагностований тяжкий перебіг з ускладненням позашпитальною пневмонією IV клінічної групи, ДН 1 ст. Галектин-3 при госпіталізації 9,76±3,16 нг/мл, min 1,9, max 25,4, в динаміці 24,5±6,6 нг/мл, min 6,4, max 54,2. Контроль – (M±m) 1,61±0,8 нг/мл, min 0,6, max 3,5.

Таким чином, результати попереднього дослідження вказують, що зміни рівня галектину-3 можуть мати потенціал у прогнозуванні перебігу захворювання як додатковий прогностичний біомаркер.

Жолудь В.В., Пастерюк В.Г., Соломенник Г.О.

ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ ДО РОБОТИ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЙ: ДОСВІД ПАНДЕМІЇ COVID-19

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Пандемія COVID-19 продемонструвала глобальні виклики для системи охорони здоров’я та особливо показала важливість підготовки медичних працівників, включаючи студентів медичних факультетів, до роботи в умовах епідемій та пандемій. Студенти часто є тимчасовими або допоміжними ланками в наданні медичної допомоги, а їхня готовність та компетентність у кризових умовах безпосередньо впливають на ефективність реагування системи охорони здоров’я.

Мета – виявити рівень готовності студентів-медиків старших курсів до роботи під час епідемій та пандемій, проаналізувати їхнє ставлення, знання та навички, а також визначити потреби у додатковому навчанні та підготовці.

Матеріал та методи. Було проведено онлайн-опитування здобувачів вищої освіти Харківського національного медичного університету, що навчаються на медичному факультеті, за допомогою Google-форми. Анкета містила блоки запитань, спрямованих на оцінку соціально-демографічних даних, готовності та рівня знань студентів щодо роботи в умовах епідемій та потреб у додатковій підготовці, зокрема п’ятибальну шкалу рівня готовності працювати в умовах епідемії. У дослідженні взяли участь 64 (100 %) здобувача вищої освіти 4-го–6-го курсів медичного факультету віком від 20 до 26 років, з яких жінок було 52 (81,25 %), чоловіків – 12 (18,75 %). Середній вік респондентів склав 21,47±1,3 рік.

Результати дослідження. «Зовсім не готовими» (1 бал за шкалою рівня готовності) працювати в умовах епідемії виявилися 12 (18,75 %) респондентів, «частково не готовими» (2 бали за шкалою рівня готовності) – 33 (51,56 %), «посередньо готовими» (3 бали за шкалою рівня готовності) – 16 (25 %), «майже готовими» (4 бали за шкалою рівня готовності) – 2 (3,13 %), «повністю готовими» (5 балів за шкалою рівня готовності) – 1 (1,56 %) особа. Низький рівень знань щодо дій медичного працівника під час епідемії зазначили 32 (50 %), середній – 30 (46,87 %), високий – 2 (3,13 %) респонденти.

На питання про страх або невпевненість перед можливістю роботи з інфекційними хворими під час епідемії або пандемії відповідь «наявний повною мірою» дали 33 (51,56 %), «частково присутній» – 29 (45,31 %), «немає» – 2 (3,13 %) респонденти. Переважна більшість студентів вважають навчальні програми недостатніми (26 (40,62 %) особи) або лише частково достатніми (35 (54,69 %) особи) для підготовки студентів до дій в умовах епідемії. Повністю задоволеними достатністю програм щодо цього питання виявилися 3 (4,69 %) респонденти. Відповідно про необхідність впровадження спеціального курсу або тренінгу із підготовки до роботи під час епідемій у програму навчання лікарів у медичних закладах вищої освіти зазначають 58 (90,63 %) анкетованих. Решта (6 (9,37 %) осіб) такої необхідності не вбачає.

Розподіл потреб у додаткових темах та навичках для ефективної роботи під час епідемій був таким: робота в команді/кризових умовах – 39 (60,94 %) опитаних, інфекційний контроль – 36 (56,25 %), комунікація з пацієнтами – 23 (35,94 %), психологічна стійкість – 16 (25 %), інше – 1 (1,56 %). Варто зазначити, що під час навчання в виші курси/освітні компоненти або тренінги з інфекційного контролю/біобезпеки пройшли лише 6 (9,37 %) опитаних студентів.

Висновки. Аналіз отриманих даних показав, що більшість студентів-медиків навіть випускного курсу не відчувають себе готовими працювати під час епідемій. Більшість (70,31 %) опитаних оцінили свою готовність на 1–2 бали з 5, тобто виявилися, на їхню думку, зовсім або частково не готовими до

цього. Значна частина респондентів відчуває тривогу перед можливістю роботи з інфекційними хворими і висловлює потребу в додатковій підготовці, особливо у сферах інфекційного контролю, психологічної стійкості та командної взаємодії. Отже для підвищення готовності майбутніх лікарів до роботи в умовах епідемій необхідно удосконалити освітньо-професійні та навчальні програми їхньої підготовки у медичних вишах шляхом впровадження спеціальних курсів та тренінгів, зокрема з питань інфекційного контролю, біозахисту та організації роботи під час спалахів інфекційних хвороб, психологічної підготовки медичних працівників задля навчання їх методам подолання стресу, тривоги та перевтоми в кризових ситуаціях, симуляційних занять для відпрацювання дій в умовах уявної пандемії тощо.

Зубач О.О.[1], Пестушко І.Я.[2], Задорожний А.М.[1], Зінчук О.М.[1]

ВПЛИВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІЛ/СНІД НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

[1]ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, Україна

[2]КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», Україна (ЛОІКЛ)

Актуальність. Проблема ВІЛ-інфекції в Україні набула особливих характеристик на фоні повномасштабної війни, яка триває з лютого 2022 року.

Мета роботи. Продемонструвати реалії впливу повномасштабної війни в Україні на пацієнтів з ВІЛ/СНІД на прикладі клінічного випадку з пізньою первинною верифікацією СНІДУ у пацієнтки в Україні.

Матеріали і методи. Нами проведено обстеження, лікування, аналіз медичної документації пацієнтки з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції, яка перебувала на лікуванні у ЛОІКЛ.

Клінічний випадок. Пацієнтка віком 43 роки після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну переїхала та проживала у Львові, де ситуація залишалась відносно безпечною порівняно із східними областями

України. Пацієнтка ніколи не вживала наркотики, не працювала в сфері секс-індустрії, не зловживала алкоголем, однак чоловік пацієнтки помер 6 років тому з невстановленої причини. Протягом останніх трьох років жінка поступово втрачала вагу, неодноразово зверталась до лікарів, проте пацієнтці ніколи не пропонувалося обстеження на ВІЛ/СНІД. Вона захворіла гостро наприкінці вересня 2024 року із появи слабкості, болю голови, гарячки до 38°С, нудоти, періодичного блювання. З підозрою на менінгіт пацієнтка була госпіталізована до ЛОІКЛ. При поступленні ліквор прозорий, білок 0,66 г/л цитоз 0-1 в мм^3, цукор – 2,8 ммоль/л, при мікроскопії ліквору виявлено криптококи. Посів ліквору від 15.10.24: *Cryptococcus neoformans*. Розпочато терапію амфотерицином. У лікарні пацієнтці вперше в житті запропоновано обстежитись на ВІЛ/СНІД. Швидкий тест, ІФА на HIV позитивний. Кількість CD лімфоцитів від 10.10.2024: 3,0 кл/мкл, рівень вірусного навантаження ВІЛ в плазмі крові від 10.10.2024: 86,900 копій/мл. LF LAM-тест сечі на виявлення антигену мікобактерії туберкульозу позитивний від 15.10.24. Для подальшого лікування пацієнтка переведена в фтизіопульмонологічний центр. Від моменту переводу пацієнтка протягом 3 місяців лікувалась в даному закладі, проте 3.01.25 вона померла.

Висновки. Протягом останніх років в Україні сформувалися складні соціально-економічні умови, які є наслідком війни. Це стало причиною значимого переміщення населення України як в середині країни, так і за її межами. Ця ситуація спричинила зменшення частоти тестування на ВІЛ, ускладнила доступ пацієнтів з ВІЛ/СНІД до медичних послуг, зокрема антиретровірусної терапії. Описаний в роботі випадок дуже пізньої первинної верифікації ВІЛ-позитивного статусу в громадянки України свідчить про важливість підвищення настороженості лікарів первинної ланки щодо обстеження на ВІЛ-інфекцію, про доцільність посилення профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів для зниження захворюваності й смертності від ВІЛ/СНІД в Україні.

Коваленко Н.І.[1], Новікова І.В.[2]

ДИНАМІКА ЗМІН АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ БАКТЕРІЙ, ВИДІЛЕНИХ У ХВОРИХ НА БРОНХІТИ, ЗА П'ЯТЬ РОКІВ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Мета роботи: дослідження змін резистентності до антибіотиків умовно-патогенних бактерій, виділених у хворих на бронхіт, за 5 років.

Матеріали та методи. У роботі використані результати бактеріологічних досліджень клінічного матеріалу від 247 хворих на бронхіти. Як клінічний матеріал брали змиви з носоглотки і мокротиння. Для ідентифікації виділених чистих культур бактерій та визначення чутливості до антибіотиків використовували автоматичний бактеріологічний аналізатор BD Phoenix M50 (США). Інтерпретацію результатів проводили за стандартами EUCAST 2024.

Результати. Усі досліджені штами *S.aureus* були чутливими до іміпенему і цефепіму, а 95 % – до цефтриаксону. Підвищення резистентності стафілокока спостерігалося до меропенему, ципрофлоксацину, левофлоксацину, норфлоксацину, офлоксацину і азитроміцину. Відмічена тенденція до збільшення кількості чутливих штамів до амоксиклаву, кліндаміцину і ванкоміцину, хоча бактерії мали високий рівень резистентності: до амоксиклаву чутливими були 35 %, до кліндаміцину – 14 %, ванкоміцигу – 20 % штамів.

S. pyogenes мав абсолютну чутливість до амоксиклаву, кліндаміцину і офлоксацину, яка з часом не змінилася. Проте резистентність стрептокока до інших антибіотиків зросла. Так, кількість стійких штамів до меропенему, цефтриаксону і цефепіму збільшилася на 8 %, 10 % і 22 % відповідно, до левофлоксацину, норфлоксацину, ципрофлоксацину – від 2 % до 14 %. Чутливість до азитроміцину проявили лише 25 % ізолятів, до ванкоміцину – 40 %.

K. pneumoniae і *P. aeruginosa* характеризувалися високою резистентністю до деяких бета-лактамів та фторхінолонів і раніше, а за п'ять років відмічається подальше зниження чутливості до ципрофлоксацину, норфлоксацину, офлоксацину, левофлоксацину, меропенему й іміпенему. Кількість чутливих штамів *K. pneumoniae* до амоксиклаву склала 7,7 %, до меропенему – 10,2 %, іміпенему – 37,5 %, для фторхінолонів ці значення були від 9,1 % для офлоксацину до 41,7 % для ципрофлоксацину. Чутливими до азитроміцину були 15,8 % ізолятів клебсієл. Щодо *P. aeruginosa*, тільки 6,3 % штамів мали чутливість до іміпенему та 23,5 % – до меропенему. Усі штами були резистентні до левофлоксацину, чутливість до інших фторхінолонів варіювала від 17,6 % до 21 %.

Чутливість *K. pneumoniae* і *P. aeruginosa* до цефтриаксону і цефепіму за п'ять років дещо виросла, але показники залишилась на рівні 27-28 % чутливих штамів для цефтриаксону і 33-43 % – для цефепіму.

Висновки. За п'ять років спостереження відбулося збільшення кількості резистентних штамів грампозивних і грамнегативних умовно патогенних бактерій, виділених у хворих на бронхіти, до більшості фторхінолонів, азитроміцину та меропенему. Найвищу ефективність щодо *S.aureus* мали іміпінем, цефепім, кліндаміцин, ванкоміцин, щодо *S. pyogenes* - амоксиклав, офлоксацин, кліндаміцин. Найбільше чутливих ізолятів клебсієл і синьогнійної палички виявлено до цефепіму (42,9 % і 33 % відповідно).

Кожин М.І.[1], Ходош Е.М.[1], Касєєв П.Л.[2], Третьяк В.Л.[2]

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТРОМБОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПОСТКОВІДНОМУ СИНДРОМІ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, м. Харків, Україна

Актуальність. До 30 % пацієнтів після COVID-19 мають постковідний синдром, де тромботичні ускладнення – провідна причина інвалідизації та смертності.

Мета: систематизація клінічних проявів тромботичних порушень при постковідному синдромі.

Патофізіологія. Вірус SARS-CoV-2 пошкоджує ендотеліальні клітини через ACE2 рецептори, призводячи до ендотеліальної дисфункції. Розвивається гіперкоагуляція (підвищення фібриногену, D-димеру, фактору VIII), тромбоцитарна гіперактивація та пригнічення фібринолізу через підвищення PAI-1, формуючи резистентні до лізису мікрозгустки.

Клінічні прояви.

Артеріальні тромбози: ризик інфаркту міокарда підвищується у 2,8 рази, ішемічного інсульту – у 2,1 рази. Особливості: розвиток у молодих (30-50 років), відсутність традиційних факторів ризику (40 %), малосимптомний перебіг.

Венозні тромбоемболії: тромбоз глибоких вен у 7-15 % (60 % безсимптомно), ТЕЛА – у 3-8 %, хронічна тромбоемболічна легенева гіпертензія – у 2,6 %.

Мікросудинні тромбози – найчастіші прояви: церебральна мікроангіопатія («мозковий туман», когнітивні порушення), легенева (прогресуюча задишка, зниження дифузійної здатності), ниркова (ГПН у 15-25 %, протеїнурія).

Діагностика. Лабораторні критерії: D-димер підвищений у 85 % (>500 нг/мл), при >1000 нг/мл – обов'язкова візуалізація. Фібриноген збільшений у 2-3 рази, СРБ стійко >10 мг/л, тропонін I підвищений у 20-30 % без ІМ. **Інструментальна діагностика:** УЗД вен (скринінг), КТ-ангіографія (ТЕЛА, артеріальні тромбози), ехокардіографія (функція ПШ), капіляроскопія (мікросудинні порушення).

Фактори ризику: високий – вік >65 років, ожиріння (ІМТ >30), ЦД, онкопатологія, тривала іммобілізація; помірний – комбіновані оральні контрацептиви, варикозна хвороба вен, ССЗ в анамнезі, куріння.

Часові особливості: 0-4 тижні – макротромбози/ТЕЛА; 4-12 тижнів – венозні тромбози; >12 тижнів – мікротромбози та автоімунні порушення.

Профілактика: рання мобілізація, компресійний трикотаж, медикаментозна профілактика у групах ризику.

Терапія: ПОАК (ривароксабан, апіксабан) – препарати вибору, аспірин 75-100 мг/добу як антитромбоцитарний засіб, тромболізис при масивній ТЕЛА, ендотеліопротективна терапія (статини, іАПФ/БРА).

Алгоритм: клінічна оцінка (Wells/Geneva) → лабораторне обстеження (D-димер, коагулограма, тропонін) → візуалізація → спостереження (1, 3, 6 міс).

Висновки:

1. Тромботичні порушення при постковідному синдромі мають поліморфні атипові прояви, вимагаючи підвищеної настороженості лікарів.

2. Мікросудинні тромбози – основна причина когнітивних та респіраторних симптомів, визначаючи тяжкість перебігу.

3. Комплексна діагностика з лабораторними маркерами та візуалізацією забезпечує своєчасне виявлення ускладнень.

4. Персоналізована антитромботична терапія з урахуванням факторів ризику - основа успішного лікування.

Практичні рекомендації: скринінг ризику у всіх пацієнтів з постковідним синдромом, візуалізація при D-димері >1000 нг/мл, антикоагуляція ≥3 міс, мультидисциплінарний підхід.

Ключові слова: постковідний синдром, тромбози, діагностика, антикоагулянти.

Корнієнко О.О., Сюсюка В.Г., Онопченко С.П.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІСТЕРІОЗУ У ВАГІТНОЇ

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи – проаналізувати клінічний випадок лістеріозу у вагітної за даними ретроспективного аналізу історії хвороби пацієнтки, яка проходила стаціонарне лікування в лікарні м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. Проаналізовано карту стаціонарної хворої 25 років, яка отримала медичну допомогу у зв'язку із передчасними пологами (вагітність II, пологи I, 25 тижнів) в стаціонарі КНП «ЗОКДЛ» ЗОР із лістеріозом у живої недоношеної дитини (за МКХ-10 – А 32.8+), який був підтверджений бактеріологічно із прижиттєвим виділенням *Listeria monocytogenes* із крові.

Результати. У пацієнтки 25 років 23.09.2024 р. з'явились скарги на слабкість, артралгії, озноб, поступове підвищення температури тіла до 38,0 °С (з відсутністю клінічного ефекту на тлі прийому 500 мг парацетамола). 24.09.2024 р. була госпіталізована до відділення патології вагітних із вище зазначеними скаргами та болями внизу живота, у в цей же день переведена у пологове відділення у зв'язку із передчасними пологами (вагітність II, 25 тижнів) живою недоношеною дівчинкою (24.09-26.09.2024 рр.).

Хвора була оглянута інфекціоністом 25.09.2024 р. у першу добу післяпологового періоду. Скарги на момент огляду були відсутні, враховуючи анамнестичні дані був виставлений діагноз гострого респіраторного захворювання. Повторна консультація була проведена пізніше, у зв'язку із отриманням результатів бактеріологічного дослідження крові дитини (забор матеріалу проведений прижиттєво 24.09.2024 р.): виявлено *Listeria monocytogenes* з чутливістю до ампіциліну та меропенему, пеніциліну G.

При зборі епідеміологічного анамнезу встановлено, що протягом вагітності жінка двічі (травень та липень 2024 р.) мала нетривалі прояви

ентериту (випорожнення до 3-х разів на добу) без лихоманки, не лікувалась та за допомогою не зверталась. Проживає у приватному будинку із чоловіком. Регулярно в їжу вживає м'ясні продукти (котлети як із домашнього фаршу так і напівфабрикати, ковбаса та шинка), солену червону рибу, овочі, фрукти, зелень.

Проведено бактеріологічне дослідження випорожнень на наявність лістерій і пацієнтки, і її чоловіка – отримано негативні результати (забір матеріалу 01.10.2024 р.).

Відповідно до Наказу МОЗ України № 905 від 28.12.2015 р. «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» будь яка особа, що відповідає лабораторним критеріям або будь-яка мати з лабораторно підтвердженою лістеріозною інфекцією плода, мертвонародженого або новонародженого визначається як підтверджений випадок лістеріозу. Було призначено 10 денний курс антибактеріальної терапії (амоксицилін по 1000 мг 3 рази на добу перорально) із повторним негативним результатом бактеріологічного дослідження випорожнень на наявність лістерій у пацієнтки.

Висновки. Описаний клінічний випадок лістеріозу підтверджує складність своєчасної діагностики цього захворювання через неспецифічність клінічних проявів у вагітних. Інфікування *Listeria monocytogenes*, імовірно, відбулося аліментарним шляхом унаслідок вживання потенційно контамінованих харчових продуктів, а подальша вертикальна передача збудника призвела до розвитку внутрішньоутробної інфекції та передчасних пологів. Клінічний випадок підкреслює необхідність підвищення настороженості лікарів щодо лістеріозу у вагітних, важливість детального збору епідеміологічного анамнезу та своєчасного бактеріологічного обстеження й проведенні профілактичних бесід про дотриманні гігієнічних вимог до харчування.

Кротік С.С.

ІНФЕКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ: ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Медичний центр «Клініка професора Стефана Хміля», м. Львів,Україна

Актуальність. Хронічний ендометрит (ХЕ) є персистуючим запальним процесом слизової оболонки матки, який зумовлює структурно-функціональні порушення ендометрію, зміну локальної імунної відповіді та створення сприятливих умов для розвитку вторинних інфекційних уражень. Патологія набуває особливого клінічного значення у жінок репродуктивного віку, оскільки асоціюється з безпліддям, невиношуванням вагітності, післяопераційними ускладненнями та зниженням ефективності допоміжних репродуктивних технологій (Cicinelli et al., 2018; Vitagliano et al., 2022). За сучасними даними, частота хронічного ендометриту сягає 8–15 % серед загальної популяції та до 60 % у пацієнток із порушенням фертильності. Встановлено, що тривале запалення ендометрію спричинює дестабілізацію мікробіоценозу, втрату домінування Lactobacillus spp. і появу умовно-патогенних штамів (Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium, Gardnerella vaginalis, Fusobacterium nucleatum, Escherichia coli).

Матеріали і методи. У дослідження включено дані 87 пацієнток віком від 23 до 42 років, які перебували на лікуванні у медичний центру «Клініка професора Стефана Хміля», м. Львів у 2022–2024 роках. Усі жінки мали гістологічно підтверджений хронічний ендометрит із верифікацією плазматичних клітин CD138+ та клінічні ознаки інфекційного процесу.

Для аналізу використано комплексну методологію: гістероскопію з прицільною біопсією ендометрію, молекулярно-генетичну діагностику (ПЛР, NGS) для виявлення внутрішньоклітинних та анаеробних патогенів, бактеріологічне дослідження із визначенням чутливості до антибіотиків, у тому

числі за анаеробних умов культивації, оцінку цитокінового профілю (IL-6, TNF-α, IL-10) у секреті ендометрію, клінічне спостереження за ефективністю антимікробної терапії з контрольним гістологічним аналізом через 8 тижнів. Для статистичної обробки даних застосовували кореляційний аналіз (r) та критерій Стьюдента ($p<0,05$).

Результати. У більшості пацієнток виявлено поліетіологічний характер інфекційного процесу. Найчастіше висівалися Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium, Gardnerella vaginalis, Fusobacterium nucleatum і Enterococcus faecalis. У близько п’ятої частини випадків виявлялися асоціації з анаеробними мікроорганізмами (Peptostreptococcus spp., Bacteroides fragilis), що підвищувало ризик некротичних змін і фіброзу ендометрію. Виявлено чіткий зв’язок між наявністю анаеробної флори та інтенсивністю плазмоцитарної інфільтрації строми ендометрію ($r=0,67$; $p<0,05$).

Висновки. Хронічний ендометрит створює сприятливі умови для розвитку вторинних інфекцій, що обумовлено порушенням місцевого імунітету, зміною мікробіому ендометрію та персистенцією внутрішньоклітинних патогенів. Переважна більшість випадків має полімікробний характер, із поєднанням аеробів і анаеробів, що потребує використання комбінованих антибактеріальних схем. Визначення CD138+ плазмоцитів залишається «золотим стандартом» морфологічної верифікації ХЕ, а молекулярні методи (ПЛР, NGS) дозволяють ідентифікувати збудників навіть при латентному перебігу. Раціональна терапія повинна поєднувати ерадикацію патогенів, відновлення мікробіому та імуномодулюючі заходи. Використання антибіотиків із доведеною ефективністю проти анаеробів є ключовим у профілактиці рецидивів. Розуміння патогенетичних механізмів інфекцій, що розвиваються на тлі ХЕ, відкриває перспективи для персоналізованого лікування з урахуванням мікробіологічного профілю, імунного статусу та репродуктивних планів пацієнтки.

Лесик Д.Р.[1], Тєлєгіна Т.В.[2], Зубач О.О.[2], Зінчук О.М.[2]

ВИПАДОК АДЕНОКАРЦИНОМИ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТА З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ВГС

[1]Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

[2]КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», Україна (ЛОІКЛ)

Актуальність. З часу впровадження антиретровірусної терапії (АРТ), кількість випадків СНІД-індикаторних злоякісних пухлин (СІЗП, до яких належать саркома Капоші, агресивна В-клітинна негоджкінська лімфома, первинна лімфома ЦНС, інвазивний рак шийки матки) у світі знизилася, проте ризик не-СНІД-індикаторних злоякісних пухлин (НСІЗП) у ВІЛ-інфікованих все ще залишається вищим, ніж у загальній популяції. НСІЗП виникають внаслідок імунної дизрегуляції на тлі ВІЛ-інфекції, впливу інших онкогенних вірусів та традиційних факторів ризику, таких як вік, вживання алкоголю чи паління. Рак легенів є найчастішим прикладом НСІЗП, причому в 60 % випадків – це аденокарциноми, у 78 % таких пацієнтів їх верифікують на III або IV стадії онкологічного процесу. Ко-інфекція ВІЛ/ВГС є поширеною. Серед споживачів ін’єкційних наркотичних речовин поширеність такої коінфекції може сягати 90–95 %. Доведено, що ВГС відіграє важливу роль в онкогенезі з різноманітною локалізацією, хоча на першому місці за частотою виникнення знаходиться гепатоцелюлярна карцинома. Молекулярний механізм такого впливу невідомий, позапечінкові прояви гепатиту С та стан хронічного запалення ймовірно відіграють провідну роль у цьому.

Мета роботи. Продемонструвати клінічний випадок пізньої первинної діагностики ко-інфекції ВІЛ/ВГС у пацієнта з аденокарциномою легень.

Матеріали та методи. Аналіз медичної документації пацієнта, огляд літератури.

Опис клінічного випадку. У жовтні 2024 року чоловік С., 37 років звернувся за медичною допомогою у зв’язку з наявністю скарг на тривалий

кашель, який пацієнт пов’язав із багаторічним палінням. На комп’ютерній томографії грудної клітки субплеврально у десятому сегменті правої легені було виявлено утвір розміром 19×13×25 мм, гомогенної структури, з тяжистим контуром, ознаками накопичення контрасту, який потребував дообстеження – біопсії. Передопераційний протокол включав тестування на маркери вірусних гепатитів В та С. При скринінговому обстеженні виявлено сумарні anti-HCV. Подальше обстеження виявило хронічну ВГС-інфекцію (РНК ВГС $6{,}06\times10^3$ МО/мл, АЛТ 82 Од/л), генотип 3. Цироз печінки (клас А за Чайлдом-П’ю, стадія компенсації). Фіброз за шкалою METAVIR F3–F4. Хворого скеровано до інфекціоніста. Протокол початку противірусного лікування хронічного ВГС передбачав тестування пацієнта на ВІЛ-інфекцію, під час якого виявлено сумарні anti-HIV 1/2. Було проведено ПЛР, рівень вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові – 7805 копій/мл, рівень CD4+ – 398 клітин/мкл (31,51 %). Пацієнту було призначено АРТ за схемою TDF/3TC/DTG. Через 3 місяці після початку лікування йому було проведено хірургічне втручання – часткову резекцію правої частки легені. Гістологічне дослідження виявило аденокарциному G2 зі слизоутворенням. Також пацієнт отримав повний курс лікування хронічного ВГС препаратами прямої противірусної терапії, після 4 тижнів лікування зафіксована швидка вірусологічна відповідь, через 3 місяці після завершення лікування ВГС у крові не виявлявся.

Висновок. Даний клінічний випадок ілюструє недостатню пильність лікарів суміжних спеціальностей щодо ВІЛ-інфекції, що свідчить про необхідність міждисциплінарної співпраці. Вочевидь, виникнення онкологічної патології в даного пацієнта потенційно могло бути спричинено комбінованим впливом як соціальних та поведінкових факторів (паління), так і ВІЛ-інфекції, ВГС.

Литвиненко Г.Л., Єрьоменко Р.Ф., Литвинова О.М.

ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІД КАШЛЮКУ

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

У рамках науково-дослідної роботи кафедри клінічної лабораторної діагностики, мікробіології та біологічної хімії НФаУ розробляється комплекс методичних рекомендацій з дисциплін «Дитячі інфекційні захворювання» та «Лабораторна діагностика паразитарних інвазій» для здобувачів вищої освіти ОП «Лабораторна діагностика». Згідно інформації Центра громадського здоров'я в Україні за сім місяців 2025 року зареєстровано 901 випадків кашлюк, що значно більше, ніж за аналогічний період минулого року 807 дітей (89,6 % від загальної кількості захворілих). Основною причиною такого поширення хвороби є недостане охопленні щепленнями проти кашлюку серед дитячого населення. В порівнянні з 2022 роком в Україні було зафіксовано всього 32 випадки захворювання на кашлюк.

Метою даної роботи оцінити важливість вакцинації від кашлюка, як засобу специфічної профілактики. Кашлюк – це бактеріальне гостре інфекційне захворювання, переважно у дітей раннього віку, що характеризується гострим катаром дихальних шляхів і нападами спазматичного кашлю. Збудником коклюшу є бактерія Bordetella pertussis, вхідними воротами інфекції є верхні дихальні шляхи. Коклюшна паличка колонізує слизову оболонку гортані, бронхів, бронхіол, а також легеневі альвеоли, де продукує токсин, який подразнює рецептори дихальних шляхів, що спричиняє кашель. Найбільш небезпечним кашлюк є для немовлят, хвороба може протікати важко, є ризик ускладнень та іноді навіть смерті. Уникнути тяжких наслідків можно завдяки вакцинації. За даними ВООЗ детальна статистика щеплення трьома дозами вакцини в Україні станом на 2025 рік ще не вказана. Найвищі показники були в 2000-2002 роках 99 %. Згідно інформації відкритих джерел, у 2022 р. у світі першу дозу вакцини АКДП не отримали понад 14 млн немовлят, і ще понад

6 млн немовлят було вакциновано лише частково, що вказує на недостатню доступність послуг з імунізації та інших медичних послуг.

Таким чином, єдиним надійним засобом специфічної профілактики є вакцинація усіх немовлят до року трьома дозами комбінованої вакцини проти дифтерії, правцевого анатоксину та кашлюку. На сьогодні в Україні з метою імунопрофілактики захворювань використовується вакцина з цільноклітинним кашлюковим компонентом пентаксим (pentaxim).

Лишенюк С.А.[1], Прокопів О.В.[1], Кармазин Г.М.[2]

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

[1]Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

[2]КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», м. Львів, Україна

За останні роки в Україні спостерігається стабільна тенденція до зростання кількості випадків хвороби Лайма (бореліозу) серед дітей. Це зумовлено не лише збільшенням кількості кліщів-переносників, а й розширенням ареалу їх активності внаслідок кліматичних змін. Хвороба Лайма залишається найпоширенішою трансмісивною інфекцією у північній півкулі. Її клінічний поліморфізм часто призводить до діагностичних помилок і пізнього звернення пацієнтів до інфекціоністів. Несвоєчасна діагностика хвороби сприяє розвитку пізніх уражень нервової системи, суглобів, серця, що, у свою чергу, обумовлює ризик хронізації процесу, інвалідизації та значного зниження якості життя людей.

Мета роботи: проаналізувати клінічні прояви бореліозу у дітей, госпіталізованих до КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня» у 2022–2025 роках, та визначити особливості перебігу захворювання на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Обстежено 46 дітей віком від 1 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня» упродовж 2022–2025 років. Діагноз бореліозу встановлювали на основі клінічних ознак, епідеміологічного анамнезу та результатів серологічних досліджень.

Результати та обговорення. За період спостереження бореліоз діагностовано у 46 дітей – у 24 (52,2 %) дівчаток та у 22 (47,2 %) хлопчиків; 25 (54,3 %) мешканців міста, 21 (45,7 %) – села. Щодо вікової структури з'ясовано наступне: дітей до 1 року не було, від 1 до 3 років 1 (2,2 %) хворий, від 3 до 8 років 15 (32,6 %), від 8 до 12 років 13 (28,3 %), від 12 до 18 років 17 (36,9 %) хворих. Більшість дітей, проявом хвороби у яких була еритема, поступали на 2-3-й день хвороби – 37 (80,4 %). Інші 9 (19,6 %) хворих з проявами хвороби у вигляді ураження лицевого нерва, менінгіту, менінгоенцефалу, артритів чи артралгій поступали в більш пізні терміни. Сезонність характерна: 76,1 % випадків припали на літні місяці, жодного – взимку. Слід зазначити, що 41 (89,1 %) хворий мав укус кліща в анамнезі, деякі – повторно впродовж сезону. Однак, 5 (10,9 %) пацієнтів укус кліща заперечували.

Щодо клінічних проявів хвороби: еритемна форма, проявом якої є класична відцентрова еритема, спостерігалася при поступленні в стаціонар у 37 (80,4 %) хворих. Ще в 7 (15,2 %) пацієнтів еритема після укусу кліща виникала на догоспітальному етапі, в зв´язку з чим в амбулаторних умовах хворі отримали призначену сімейним лікарем антибіотикотерапію. Лише у 2 (4,3 %) хворих з укусом кліща в анамнезі еритема була відсутня, однак подальший розвиток хвороби з ураженням суглобів (1) та лицевого нерва (1), а також позитивним результатом ІФА на IgG до *B. burgdorferi* дозволили діагностувати бореліоз. У подальшому під час лікування в інфекційній лікарні у 9 (19,6 %) хворих діагностовано дисеміновану стадію бореліозу з наступними проявами: менінгоенцефаліт (1 хворий), ураження лицевого нерва (3), менінгіт у поєднанні з ураженням лицевого нерва (2), артрит ліктьового і колінного

суглобів (1), артралгії (2 хворих). Таким чином, нейробореліоз виявлено у 6 (13,0 %) хворих, ураження суглобів – у 3 (6,5 %).

Локалізація еритеми у 44 хворих на бореліоз дітей була наступною: нижні кінцівки – 14 (31,8 %) хворих, тулуб – 12 (27,3 %), голова – 7 (15,9 %), сідниці – 4 (9,1 %), верхні кінцівки – 2 (4,5 %) хворих. Слід зазначити, що у 6 (13,6 %) пацієнтів спостерігали множинну еритему.

Серологічна діагностика проведена 40 хворим. Діагноз підтвержено виявленням IgM у 29 (72,5 %), IgM та IgG у 5 (12,5 %), IgG у 4 (10,0 %) хворих. Ще у 2 пацієнтів з клінікою бореліозу та укусом кліща в анамнезі IgM та IgG виявилися негативними. Діагноз цим хворим виставлено на підставі анамнезу хвороби (укус кліща) та наявності типової для бореліозу еритеми. Лікування проведено відповідно до сучасних клінічних настанов з урахуванням віку пацієнтів і проявів хвороби.

Висновок. Хвороба Лайма у дітей характеризується різноманітністю клінічних проявів і сезонною залежністю. У більшості хворих (80,4 %) захворювання проявлялося типовою відцентровою еритемою, дисеміновані форми – нейробореліоз (13,0 %) та ураження суглобів (6,5 %), спостерігали у 19,5 % госпіталізованих дітей. Раннє виявлення та правильна інтерпретація симптомів хвороби є запорукою попередження розвитку дисемінованих форм бореліозу.

Лук'яненко Т.В.

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ТА РЕВМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 13» Харківської міської ради, м. Харків, Україна

Мета роботи: розглянути позапечінкові прояви (ПП) вірусу гепатиту С (ВГС), характерні для ревматологічних захворювань (РЗ).

Матеріали та методи: клінічні, лабораторні, інструментальні.

Результати. Перебіг ВГС асоційований не лише з печінковими, але й з ПП, які включають специфічні для РЗ: артралгію, міалгію, кріоглобулінемічний васкуліт (КВ), системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) та ін. У 40-70 % пацієнтів із ВГС мають місце артрити та артралгія. Як правило, ураження суглобів двобічня, симетричні, турбують переважно колінні та суглоби кистей, рідше – інші суглоби (мал. 1, 2, 3).

Артрити при ВГС (власні спостереження)

Мал. 1. Спондиліт ***Мал. 2. Синдром Тітце*** ***Мал. 3. Двобічний гонартит***

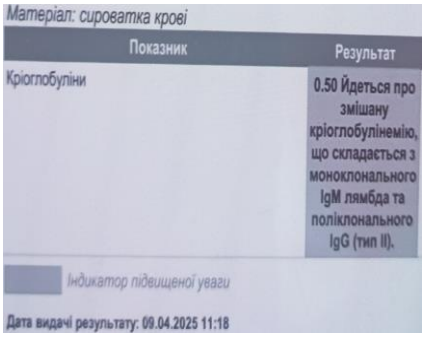
Вираженість міалгії, що зустрічається значно менше, не має кореляції із вірусним навантаженням.

У 40-60 % інфікованих ВГС виникає СКВ, клінічно проявляється ураженням шкіри (кропив'янка, пурпура, некротичний васкуліт), судин (синдром Рейно), легенів (легеневий васкуліт), периферійної нервової системи (полінейропатії), шлунково-кишкового тракту (абдомінальний синдром), нирок (гломерулонефрит). Летальність залежить від залучення інших органів та систем та може складати від 20 до 80 %. Кріоглобулінемія є одним із передпухлинних станів.

У 12 % пацієнтів із ВГС діагностують вузликовий поліартеріїт. Інші васкуліти (геморагічний васкуліт та ізольований шкірний некротизуючий васкуліт) мають меншу частоту (мал. 4, 5, 6).

Вища поширеність ВСГ у пацієнтів із системним червоним вовчаком, системною склеродермією, синдромом Шегрена.

Рівень автоантитіл ускладнює диференціальну діагностику РЗ та ПП хронічного ВГС (у 60-70 % інфікованих визначається підвищений рівень ревматоїдного фактора).



Матеріал: сироватка крові

Показник	Результат
Кріоглобуліни	0.50 Йдеться про змішану кріоглобулінемію, що складається з моноклонального IgM лямбда та поліклонального IgG (тип II).

Індикатор підвищеної уваги

Дата видачі результату: 09.04.2025 11:18

Мал. 4. КГВ

Мал. 5. Судинні «зірочки»

Мал. 6. Ізольований шкірний некротизуючий васкуліт

Лікування ВГС має відбуватися з врахуванням ревматологічної симптоматики. При терапії ВГС важлива здатність лікарських засобів ініціювати стійку вірусологічну відповідь (СВВ). Високу СВВ показали комбінації перпаратів прямої противірусної дії (симепревір + софосбувір, софосбувір + даклатасвір +/- рибавірин або софосбувір + леділасвір). Застосування глюкокортикоїдів не мало достатньої ефективності, ритуксимабу – призводило до парадоксального погіршення перебігу васкуліту. Лікування залежить від клінічних проявів – застосовуються анальгетиків, імунодепресанти (циклофосфамід).

Висновки. Перебіг ВГС крім ураження печінки також має ПП, зокрема характерні для РЗ. Диференціальний діагноз ускладнено що є первинним: РЗ чи ВГС. Застосування нових схем терапії ВГС дає надію на лікування пацієнтів з ПП ВГС та своєчасне втручання при РЗ на тлі ВГС, а також спонукає до пошуку оптимальної схеми ведення таких пацієнтів.

Могиленець О.І., Муріна М.О., Соломенник Г.О.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА НАЗОЛАБІАЛЬНИЙ ГЕРПЕС СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

За даними ВООЗ, близько 64 % людей віком до 50 років інфіковані вірусом простого герпесу 1 типу (ВПГ-1), а основним проявом інфекції є назолабіальний герпес (НЛГ).

Мета роботи – дослідити клініко-анамнестичні особливості НЛГ у студентів медичного ВНЗ та їхню обізнаність щодо етіотропної терапії цього захворювання.

Матеріали та методи. У досліджені взяли участь 35 студентів 5 і 6 курсів медичного факультету ХНМУ, яким було запропоновано заповнити розроблену нами анкету. Середній вік опитаних становив 21,4±0,12 років. Серед респондентів було 9 чоловіків та 26 жінок. Відповідно до отриманих відповідей опитуваних розділили на 2 групи: 1-а група – особи, що хворіли на НЛГ, 2-а група – особи, що не хворіли на НЛГ.

Результати. Із 35 респондентів, які взяли участь у дослідженні, хоча б раз за життя прояви назолабіального герпесу мали 23 (65,71 %) особи.

Серед опитаних жінок та чоловіків 1-ї групи прояви ВПГ-1 інфекції спостерігалися майже з однаковою частотою: 65,38 % та 66,67 % відповідно ($p > 0,05$).

Серед осіб, які хворіли на НЛГ, I група крові спостерігалася в 34,78 %, II – в 34,78 %, III – в 26,01 %, IV – в 4,35 %; Rh(+) були 86,96 % , Rh(-) – 13,04 % із них. Цікавим виявився розподіл осіб, які хворіли та не хворіли на ВПГ-1 інфекцію, залежно від групи крові. Дослідження показало, що із 15 респондентів із I групою крові НЛГ спостерігався в 53,33 %, із 12 опитаних із II групою крові – в 66,67 %, із 7 осіб із III групою крові – у 85,71 %; єдиний опитаний із IV групою крові мав прояви простого герпесу. Однак проведення аналізу Пірсона не дало змоги виявити достовірності цієї різниці ($p > 0,05$).

Збір сімейного анамнезу показав, що в батьків респондентів 1-ї групи прояви ВПГ-1 інфекції були наявні достовірно частіше (78,26 %), ніж у 2-й групі (41,67 %) ($p < 0,05$). При цьому 43,48 % опитаних 1-ї групи вказували на те, що НЛГ спостерігався в обох батьків, у той час, як в 2-й групі цей показник був нижчим 8,33 % ($p < 0,05$).

Жоден із опитаних осіб в обох групах не хворів на герпетичний менінгіт та інфекцію, спричинену ВПГ-2. Частота захворюваності на інші герпесвірусні інфекції була майже однаковою: на вітряну віспу хворіли 56,52 % респондентів 1-ї групи та 50 % опитаних 2-ї групи, на інфекційний мононуклеоз – 8,69 % та 8,33 % відповідно ($p > 0,05$).

Перший епізод НЛГ частіше спостерігався у шкільному (56,52 %) віці, рідше у дошкільному (26,09 %) та у віці 17 років і старше (17,39 %). У 2 (8,7 %) осіб цей епізод був єдиним, інші відмічали 2-3 (26,09 %), 4-9 (34,78 %), 10 і більше (30,43 %) випадків упродовж життя. Частота рецидивів варіювала від 1 на 10 років і рідше до 1 раз на місяць. У третини опитаних (30,43 %) прояви спостерігалися декілька разів на рік, у третини (30,43 %) – 1 раз на рік, у 21,74 % – 1 раз на 2-3 роки, а у 17,39 % – рідше. Переважна більшість респондентів провокуючим фактором назвала переохолодження (82,61 %); часто рецидиви виникали на тлі респіраторних захворювань (52,17 %), стресу (43,48 %); іноді причиною ставали menses (4,35 %) або фізичне навантаження (4,35 %). В усіх опитаних спостерігалися місцеві симптоми – набряк, свербіж, печіння, відчуття розпирання в ділянці висипу. Лише 1 (4,35 %) респондент вказав на наявність загальних симптомів – головний біль, загальна слабкість, нездужання. Найбільш частою локалізацією ураження була верхня губа (69,57 %), рідше – нижня (21,74 %), ніс (21,74 %), ротова порожнина (8,7 %).

Усі респонденти вказали, що основним препаратом для лікування НЛГ є ацикловір. Про ефективність валацикловіру знали 22,86 %, пенцикловіру та фамцикловіру – 8,57 % студентів. У разі появи клінічних проявів жоден із опитуваних не звертався до лікаря; 91,3 % респондентів лікувалися самостійно

(ацикловір у вигляді мазі – 47,62 %, ацикловір per os – 14,28 %, або поєднували обидві форми – 38,1 %); 8,7 % осіб не лікувалися взагалі.

Висновки. Переважна більшість (65,71 %) опитаних студентів медичного ВНЗ упродовж життя мали прояви НЛГ. Різниці між частотою виникнення НЛГ за гендерною ознакою а також зв'язку між частотою виникнення НЛГ та перенесеними іншими герпесвірусними інфекціями не було встановлено. Виявлено тенденцію до залежності між сприйнятливістю людини до ВПГ-1 та її групою крові, що ймовірно може бути доведено шляхом збільшення кількості спостережень. Встановлено залежність між наявністю НЛГ у респондентів та їх батьків. У більшості опитаних перший епізод НЛГ виникав у шкільному віці; частота рецидивів здебільшого становила від 1 до 4-5 випадків на рік. Серед клінічних проявів переважали місцеві. У зв'язку зі специфікою освіти (медична) усі респонденти були обізнаними щодо етіотропної терапії цього захворювання, тому у разі виникнення проявів НЛГ лікувалися самостійно.

Ольховська О.М.[1], Ткаченко С.О.[2], Белоконова Л.А.[2]

ВИПАДОК ЛЕПТОСПІРОЗУ В ДИТИНИ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Мета дослідження – аналіз захворюваності на лептоспіроз на сучасному етапі та аналіз труднощів діагностики лептоспірозу в дитини Харківського регіону.

За останні роки реєструється зростання захворюваності на лептоспіроз. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється приблизно мільйон випадків лептоспірозу, з яких близько 60 000 – летальних [1]. Тенденція зростання випадків лептоспірозу спостерігається і в Україні, і останні два роки їх було понад 400. В Україні лептоспіроз реєструється переважно в західних регіонах, де провідними серогрупами є L.Icterohaemorrhagiae та L.Pomona, а з 2023 року – і L.Hebdomadis [2]. Зростання випадків лептоспірозу в світі пов'язано з

можливістю багатьох домашніх та диких тварин бути носіями патогену без клінічних ознак, кліматичними факторами (глобальне потепління, руйнівні повені та інше), людським фактором (рибальство, праця на землі, розвиток водних видів спорту), адже хвороба передається переважно через заражені тваринами воду та вологий грунт. В той же час, вказують на змінні процеси самого збудника. Вивчено селекцію генів (структурні відмінності в ліпіді А ліпополісахариду), що забезпечує адаптацію збудника до організму людини і уникнення імунітету, можливість трансформації лептоспіри від сапрофітів до патогенів [3]. Визначено зміни в окремих білках бактерії, що підвищує їх адгезивність та вірулентність [4].

Загально відомі основні клінічні прояви лептоспірозу. Після інкубаційного періоду, який триває від 2 до 30 діб, з'являються симптоми загальної інтоксикації, серед яких особливу діагностичну значимість мають лихоманка (може бути хвильоподібною), міальгії (переважно в литкових м'язах, стегнах, попереку), гіперемія та одутлість обличчя, кон'юнктивіт (склерит). У подальшому перебіг хвороби характеризується ураженням внутрішніх органів, передусім – нирок; печінки, нервової, дихальної та серцево-судинної систем. Можливі ознаки геморагічного синдрому. Різноманіття клінічних проявів пов'язано з ураженням капілярів судин, а також імунною реактивністю організму людини.

Нами проаналізовано перебіг першого діагностованого випадку лептоспірозу в Харківському регіоні у дитини 16 років. Було визначено, що труднощі постановки діагнозу були обумовлені рідкістю зустрічальності даної патології, специфічним перебігом захворювання (відсутність жовтяниці та ураження нирок) з переважанням катарального та менінгеального синдромів, а також відсутністю настороги лікарів щодо лептоспірозу (на що вплинув розвиток хвороби у весняний період під час епідемії грипу). Не типовий перебіг хвороби спонукав проводити великий за обсягом діагностичний пошук, консультації багатьох спеціалістів. Аніктерічний варіант лептоспірозу

перебігав хвильоподібно, зі залученням ЦНС (розвиток серозного менінгіту), що відображає наявність імунної стадії хвороби.

1. Wang, Z., Li, K., Liu, Y. et al. Changing epidemiology of leptospirosis in China from 1955 to 2022. Infect Dis Poverty 14, 17 (2025). https://doi.org/10.1186/s40249-025-01284-x

2. Petakh, P., Kamyshnyi, O. Serogroup Distribution of Leptospira Among Humans and Rodents in Zakarpattia Oblast, Ukraine (2018–2023). Microorganisms 2025, 13(3), 614; https://doi.org/10.3390/microorganisms13030614 – 7 Mar 2025

3. Giraud-Gatineau A, Nieves C, Harrison LB, Benaroudj N, Veyrier FJ, Picardeau M (2024) Evolutionary insights into the emergence of virulent Leptospira spirochetes. PLoS Pathog 20(7): e1012161.

4. Verma V, Kala D, Gupta S, Kumar H, Kaushal A, Kuča K, et al. (April 2021). «Leptospira interrogans Outer Membrane Protein-Based Nanohybrid Sensor for the Diagnosis of Leptospirosis». Sensors. 21 (7): 2552. Bibcode:2021Senso.21.2552V. doi:10.3390/s21072552

Оніщенко Т.Є., Абакумова Є.П., Корнієнко О.О.

ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТОКСОКАРОЗУ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Державний медико-фармацевтичний університет,

м. Запоріжжя, Україна

За оцінками експертів ВООЗ, понад 2 мільярди людей у світі страждають на гельмінтози, які займають 4-е місце за ступенем шкоди здоров'ю населення, із недооцінення їх медико-соціального значення, так звані «забуті хвороби». Серед них розповсюджена зоонозна інфекція, геогельмінт, який викликається нематодою T. canis, T. cati які паразитують у представників сімейства псових токсокароз. Фактором передачі є ґрунт, який забруднений яйцями токсокар. У кишечнику людини з яєць утворюються личинки, які через стінку проникають у кров, мігрують у внутрішні органи, викликаючи їх ушкодження з формуванням

еозінофильних гранульом і розвитком алергічних реакцій, що і обумовлює різноманіття клінічних проявів токсокарозу.

Виділяють наступні форми захворювання: безсимптомну з еозінофилією, вісцеральну та очну. Різноманіття клінічних проявів вісцеральної форми обумовлюється ураженням легень, серця, печінки, мезентеріальних лімфавузлів, м'язів, нервової системи (еозинофільний менінгоенцефаліт, менінгіт, енцефаліт, мієліт). Очна форма може протікати від безсимптомного перебігу до ураження очей у вигляді хронічного ендофтальміту, абсцесу склоподібного тіла, солітарних гранульом, косоокості, наявності мігруючих личинок, втрати зору. Для всіх клінічних форм токсокарозу, за виключенням очної, характерним є стійка і висока гіпереозинофілія. Діагноз токсокарозу встановлюється на підставі клініко-епідеміологічних даних, гіпереозинофілії та результатах кількісного визначення титру IgG до токсокар методом ІФА.

Мета роботи – проаналізувати клініко- лабораторні особливості перебігу токсокарозу у хворого.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано карту стаціонарного хворого, який проходив лікування у КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР м. Запоріжжя.

Результати. Хворий П, 46 років, військовослужбовець, знаходився у війському шпиталі з діагнозом хронічний гастродуоденіт, загострення. У підлітковому віці лікувався з приводу виразки цибулини дванадцятипалої кишки. Хворий мав контакт з ґрунтом і собаками. При проведенні клініко-лабораторного та інструментального обстеження виявлено: на ЕФГДС – еритематозна дуоденопатія, недостатність кардіального жому, деформація цибулини дванадцятипалої кишки. В ході динамічного спостереження у загальному аналізі крові, на тлі помірного лейкоцитозу ($10,1*10^9$/л), виявлена стійка гіпереозинофілія до 18 %. У зв'язку з чим пацієнт був переведений до інфекційної лікарні з діагнозом Гельмінтоз. Еозинофілія.

При госпіталізації у хворого зберігалися скарги на періодичний біль спастичного характеру в епігастрії, правому та лівому підребер'ях після

прийому їжі, печію, нудоту. При огляді пацієнта фізикально без змін. У лабораторних показниках зберігалась гіпереозинофілія до 17 %, підвищення активності АЛТ у 2 рази. При багаторазовому обстеженні випорожнень на яйця гельмінтів отримано негативні результати (№ 7). При визначенні титру антитіл методом ІФА до аскарідозу, лямблій, трихінельозу, опістархозу, токсокарозу були виявлені IgG до токсокар у діагностичному титрі (5,72 од, при нормі <0,9).

Хворий отримав 10 денний курс лікування альбендазолом (400 мг двічі на день). При цьому клінічно стан пацієнта покращився вже на 4-й день за рахунок зменшення больового синдрому, а лабораторно вміст еозинофілів зменшився майже у 4 рази із нормалізацією активності АЛТ.

Висновки. Токсокароз залишається актуальною медичною проблемою через складність своєчасної діагностики за рахунок неспецифічних клінічних проявів. Стійка гіпереозинофілія є важливим лабораторним маркером, який потребує поглибленого обстеження на паразитарні інфекції, а метод ІФА є ключовим для підтвердження токсокарозу, особливо за відсутності яєць гельмінтів у калі. Профілактика має ґрунтуватися на дотриманні правил особистої гігієни, ветеринарному контролі за тваринами та санітарно-просвітницькій роботі серед населення.

Прикуда Н.[1], Чикайло Я.[2], Алексанян Т.[2], Задорожний А.[1]

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

[1]Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

[2]КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», м. Львів, Україна

Актуальність. Тенденція до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих в Україні в останні роки визначає проблему ВІЛ-інфекції однією з найважливіших у сфері охорони здоров’я. Станом на 1 січня 2025 року під

медичним наглядом перебувало 137780 людей, які живуть з ВІЛ, що свідчить про високу поширеність інфекції серед населення України (336,1 випадків на 100 000 осіб). В Україні туберкульоз є найбільш розповсюдженим опортуністичним захворюванням та залишається головною причиною госпіталізації та смертності у хворих на СНІД.

Мета. Продемонструвати особливості перебігу опортуністичних інфекцій у 31-річного пацієнта з IV клінічною стадією СНІДу.

Матеріали і методи. Нами проведено обстеження, лікування та аналіз медичної документації пацієнта з IV клінічною стадією СНІДу, який перебував на стаціонарному лікуванні в ЛОІКЛ у 2024 році.

Клінічний випадок. Пацієнт Ю., 31 років 11.07.2024 р. доставлений бригадою ЕМД до ЛОІКЛ із скаргами на підвищення температури тіла до 39°С, нудоту, печію, біль в животі, втрату апетиту, загальну слабкість та зниження маси тіла упродовж тривалого часу. З анамнезу відомо, що в жовтні 2023 р. діагностовано IV клінічну стадію СНІДу, тяжку Т-хелперну недостатність (кількість CD-лімфоцитів від 18.10.2023: 23,0 кл/мкл, рівень вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові від 18.10.2023: 78700 копій/мл), орофарингеальний кандидоз. Призначено АРТ, яку пацієнт отримував і на момент госпіталізації до стаціонару.

Дані епідеміологічного анамнезу: споживач ін’єкційних наркотиків. На момент госпіталізації до ЛОІКЛ стан пацієнта тяжкий за рахунок вираженого інтоксикаційного та астенічного синдромів. Відзначалася кахексія. Шкірні покриви бліді, чисті. Слизова ротової порожнини гіперемована. Язик вкритий білим нальотом. При аускультації над легенями дихання жорстке. ЧД 22/хв, SpO2 96 %. Тони серця ритмічні ослаблені. АТ 100/60 мм рт. ст., ЧСС 80/хв. Живіт м’який, печінка виступає з-під краю реберної дуги +3,0 см, селезінка +3,0 см. Випорожнення 4-5 разів на добу, водянисті. Набряки на нижніх кінцівках. Менінгеальні симптоми негативні. Результати обстежень від 11.07.2024 р.: гемограма Hb 6,5 g/dL, еритроцити $3{,}10\times10^{6}$ /uL, лейкоцити $6{,}49\times10^{3}$ /ul, тромбоцити 105×10^{3} /ul; ШОЕ 62 мм/год; біохімічні показники

крові: СРП 48 мг/мл, загальний білок 41 г/л, сечовина 16 ммоль/л. При проведенні 09.05.2024 р. КТ виявлено гепатоспленомегалію, лімфаденопатію черевної порожнини і заочеревинного простору та запідозрено лімфопроліферативний процес. Трепан-біопсія від 04.06.2024 р.: гіперклітинність кісткового мозку з ознаками ретикулінового фіброзу (MF-1). При дослідженні мокротиння та ліквору за допомогою тесту GeneXpert ДНК МБТ не виявлено. На рентгенограмі від 12.07.2024 р. патологічних змін легень не виявлено. Пацієнту призначено симптоматичну та підтримуючу терапію, альбумін, переливання компонентів крові. На тлі застосованого лікування стан хворого продовжував погіршуватися: наростали прояви поліорганної недостатності. На 36-у добу перебування у стаціонарі (16.08.2024 р.) у хворого відбулася зупинка дихання. Проведені реанімаційні заходи ефекту не дали. У хворого констатовано біологічну смерть.

При патологоанатомічному дослідженні виявлено: лімфоїдне виснаження лімфатичних вузлів та селезінки; генералізовану мікобактеріальну інфекцію з ураженням лімфатичних вузлів брижі, печінки, селезінки; кахексію; набряк легень; набряк головного мозку.

Висновок. Представлений клінічний випадок демонструє складнощі діагностики опортуністичних інфекцій у клієнтів із тяжким імунодефіцитом. Незважаючи на проведене комплексне обстеження, туберкульоз не був виявлений прижиттєво через відсутність специфічних клініко-лабораторних та радіологічних ознак. Лише патологоанатомічне дослідження підтвердило генералізовану мікобактеріальну інфекцію. Цей випадок підкреслює важливість збереження високого рівня клінічної настороженості щодо туберкульозу у ВІЛ-інфікованих клієнтів навіть за негативних результатів стандартних тестів та необхідність удосконалення методів ранньої діагностики.

Прокопенко К.А., Божко О.О.

ТАКТИКА РАННЬОГО ВЕДЕННЯ РАН В УМОВАХ ВІДКЛАДЕНОЇ ЕВАКУАЦІЇ: АЛГОРИТМ ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

КНП «МКБЛ №25» ХМР, м. Харків, Україна

Актуальність. Військова медицина України стикається з ситуаціями, коли евакуація пораненого до спеціалізованого хірургічного рівня може бути відкладена на 12–24 години і більше. У таких умовах класичні алгоритми Damage Control Surgery не враховують ризик інфекційних ускладнень при тривалій затримці евакуації. Саме тому виникає потреба у створенні адаптованої моделі раннього ведення ран, що дозволяє мінімізувати мікробну контамінацію ще на етапі стабілізації пацієнта.

Мета. Розробити практично орієнтований алгоритм ведення бойових поранень при затримці евакуації, який знижує ризик ранової інфекції за рахунок комбінованого локального та системного контролю мікробної колонізації, доступного у польових умовах.

Матеріали і методи. Проведено аналітичний огляд сучасних джерел (NATO Role 2–3 Wound Management Protocols, US Army TCCC, WHO Infection Prevention in Conflict Settings) у зіставленні з практичним досвідом лікування понад 70 бойових поранених, у яких час евакуації перевищував 6 годин. На основі синтезу даних сформовано алгоритм раннього протиінфекційного менеджменту рани.

Результати та наукова новизна. Запропоновано п’ятиетапний алгоритм профілактики інфекцій при відкладеній евакуації:

1. Контроль джерела контамінації: Первинна механічна ревізія з видаленням сторонніх тіл і некротизованих тканин у межах життєздатності, мінімально інвазивна, з пріоритетом гемостазу. Акцент на «ранній частковій санації» замість класичного відтермінування до Role 3.

2. Локальна антисептична ізоляція: Використання сорбційних та повідон-йодовмістних перев’язок що дозволяє тимчасово створити антимікробнийбар’єра у польових умовах без системи вакуум-терапії.

4. Функціональна іммобілізація та контроль перфузії: Забезпечення стабільного кровотоку у зоні рани (перевага віддається збалансованим кристалоїдам) для зменшення ішемії тканин – ключового чинника розвитку гнійно-некротичних процесів. Новизна: інтеграція антиішемічного компоненту до протиінфекційного алгоритму.

5. Моніторинг раннього інфекційного синдрому: Оцінка загального стану, температури, лейкоцитозу, набряку і запаху кожні 6 годин. У разі погіршення – розширення антибіотикопокриття або дренування при можливості.

Висновки. Умови відкладеної евакуації вимагають зміщення акценту з очікувальної тактики на активну ранню антисептичну санацію. Запропонований алгоритм дозволяє зменшити частоту інфекційних ускладнень у ранньому післяпораненому періоді. Його ключові переваги – логістична простота, низька вартість, доступність і доказова патогенетична логіка, що робить його придатним для медицини поля бою та стабілізаційних пунктів.

Сич О.Г., Любарець Т.Ф., Дзюблик Я.О.

РОЛЬ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОПОЕЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ІНТЕРСТИЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ З ФІБРОЗУЮЧИМ ФЕНОТИПОМ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна
ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»

Актуальність. Протягом останніх десятиліть серед захворювань бронхо-легеневої системи суттєво зросла частка інтерстиційних захворювань легень (ІЗЛ) і, зокрема, ІЗЛ з фіброзуючим фенотипом (ФІЗЛ). Це потребує уточнення

патогенетичних механізмів розвитку ФІЗЛ як підґрунтя для розробки нових напрямків лікування цієї патології. Останніми роками активно вивчається тромбоцитарна ланка гемопоезу, оскільки протеїн PDGF, який накопичується в α-гранулах і вивільнюється під час активації тромбоцитів потенціює функціонування фібробластів. Це призводить до ремоделювання архітектоніки легень внаслідок активізації фібротичних процесів і, таким чином, до прогресування ФІЗЛ.

Мета. Визначити роль тромбоцитарної ланки гемопоезу в патогенезі розвитку інтерстиційних захворювань легень з фіброзуючим фенотипом.

Матеріали та методи. Для підготовки огляду літератури було використано бібліографічний метод, ознайомлення та узагальнення профільних наукових публікацій, у тому числі з результатами мета-аналізу з PubMed та Google Scholar.

Результати. Тромбоцити задіяні в широкому спектрі процесів згортання крові і запальних реакціях в комплексі з IL-3, IL-6, IL-11. Доведено суттєвий вплив тромбоцитарного паростка гемопоезу на розвиток запальних процесів захворювань дихальної системи, зокрема бронхіальної астми, хронічних обструктивних захворювань легень, інтерстиційних захворювань легень з фіброзуючим фенотипом (ФІЗЛ), ідіопатичного легеневого фіброзу (ІЛФ), COVID-19-асоційованого ураження легень.

А-гранули тромбоцитів містять такі компоненти як АДФ, АТФ, Ca^{2+}, Mg^{2+}, K^{+}, серотонін, адгезивні білки (фібриноген, фібронектин, фактор фон Віллебранда), фактори росту (PDGF, TGF-β, VEGF), фактори згортання, P-селектин, інші білки. Відомо, що протеїн PDGF стимулює фібробласти до вироблення фібрину, внаслідок фібротизації легеневої тканини ремоделюється архітектоніка легень, що є ключовим в патогенезі ФІЗЛ. Певні поліморфізми генів *PDGF* асоціюються з тяжкістю перебігу ФІЗЛ. Доведено асоціацію підвищеної кількості тромбоцитів з вищою летальністю пацієнтів з ІЛФ. В експерименті підтверджено, що одні з головних чинників стимуляції процесів

легеневого фіброзу є тромбоцит-асоційовані медіатори, зокрема CCL5, TGF-β, CXCL4, PDGF, що корелюють з показниками клінічного обстеження пацієнтів.

Висновки.

1. Тромбоцити відіграють важливу участь у процесах імунної відповіді, запалені та активації процесів фібротизації легеневої тканини у пацієнтів з ІЗЛ.

2. Основним джерелом медіаторів (PDGF, TGF-β, VEGF), що впливають на прогресування фіброзу легеневої тканини, є α-гранули тромбоцитів.

3. Гени родини *PDGF* та їх рецептори *PDGFR* відіграють одну з ключових ролей у патогенезі прогресуючих ІЗЛ з фіброзуючим фенотипом, що може бути перспективним напрямком удосконалення їх діагностики та лікування.

Слєпченко М.Ю., Ольховська О.М., Колесник Я.В.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОРОСТИ У ДИТИНИ НА ТЛІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Підвищити обізнаність сімейних лікарів, педіатрів та дитячих інфекціоністів у темі диференційної діагностики екзантем, на прикладі клінічного випадку поєднаного перебігу корости та атопічного дерматиту у дитини 3-х років, і проаналізувати сучасні підходи до діагностики корости.

Матеріали та методи. Досліджено клінічний випадок хлопчика 3-х років, який звернувся до приймального відділення зі скаргами на виражений свербіж шкіри голови, тулуба та кінцівок впродовж дня і особливо вночі. Було проведено мікроскопічне дослідження зішкрібу зі шкіри з метою виявити коростяних кліщів, їх личинки або яйця.

Результати дослідження. На консультацію звернулась мама дитини 3-х років, зі скаргами на виражений свербіж шкіри, який заважає дитині спати. Дитина з періоду новонародженості страждає на атопічний дерматит, батьки планово використовують емолієнти для профілактики рецидивів. Із анамнезу

стало відомо, що 4 тижні тому у дитини на шкірі стоп, гомілок та кистей рук з'явились дрібні папули, які дитина розчухувала, шкіра в цих ділянка була дещо сухою, тому прояви було розцінено як загострення атопічного дерматиту. Проведене лікування топічними стероїдами місцево дещо послабило свербіж, але нові елементи висипу продовжували з'являтись, а свербіж зберігався.

При об'єктивному обстеженні на шкірі гомілок, передпліччя та живота візуалізуються сухі та сверблячі ділянки шкіри овальної форми діаметром від 0,7 до 1,5 см, з дрібними лусочками, що характерно для атопічного дерматиту. Також виявлено плямисто-папульозний висип розміщений попарно, сліди розчухування та кров'яністі кірочки на шкірі тильної поверхні стопи, голені, кистей рук, передпліччі та подекуди на тулубі, шкіра долонь гіперемована, що у поєднанні зі скаргами на свербіж, який заважає спати, потребує обстеження на коросту.

Призначено мікроскопічне дослідження зішкрібу з ураженої ділянки шкіри. Мікроскопічне дослідження зішкрібу зі шкіри виявило коростяних кліщів, що підтвердило діагноз.

Висновок. Особливість даного клінічного випадку полягає у розвитку корости на тлі атопічного дерматиту, що ускладнило диференційну діагностику та відтермінувало початок лікування. Затримка у виявленні та лікуванні хворих на коросту, може призвести до спалахів. Стандартна діагностична методика складається з ідентифікації кліщів шляхом мікроскопічного дослідження лусочок, отриманих шляхом зішкрібання шкіри, але це трудомістка та інвазивна процедура. В останні роки набули поширення неінвазивні методи, такі як відеодерматоскопія та дерматоскопія, їх переваги включають швидкий, неінвазивний масовий скринінг і післятерапевтичне спостереження, без фізичного ризику.

Супліченко М.В., Божко О.О.

ВИБІР АНТИБІОТИКА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ПРОПОЗИЦІЇ ДЛЯ УКРАЇНСЬКОГО ТЕАТРУ БОЙОВИХ ДІЙ

КНП «МКБЛ №25» ХМР, м. Харків, Україна

«Experimental Surgery and Morbi Lab», м. Харків, Україна

Актуальність. Антибіотикопрофілактика при бойових пораненнях залишається ключовим компонентом тактичної медицини, який істотно впливає на виживаність, частоту інфекційних ускладнень і тривалість реабілітації. У системі Tactical Combat Casualty Care (TCCC) антибактеріальна терапія є частиною етапу Tactical Field Care і спрямована на запобігання розвитку інфекцій у поранених до моменту евакуації. Війна в Україні додає нові виклики: евакуація може тривати десятки годин, контамінація ран ґрунтовою флорою, ресурсні обмеження зумовлюють потребу у простому, стабільному, широкоспектрому препараті.

При формуванні рекомендацій для українського театру бойових дій слід виходити з таких критеріїв раціонального вибору: 1. Фармакологічна універсальність: можливість в/м і в/в введення. 2. Широкий спектр активності: покриття Enterobacteriaceae, Pseudomonas, Acinetobacter, Clostridium та інших анаеробів. 3. Монотерапія: ефективність без необхідності комбінації з іншими антибіотиками. 4. Доступність і вартість: препарат має бути реально доступним у логістичних ланцюгах ЗСУ. 5. Безпечність: мінімальний ризик нефро- чи нейротоксичності при тривалому введенні в стресових умовах.

Ертапенем історично був рекомендований TCCC як антибіотик вибору для догоспітального етапу (Butler et al., J Trauma Acute Care Surg, 2017). Однак із практичної точки зору для українського контексту він має суттєві недоліки: висока вартість і обмежена доступність в умовах війни, відсутність активності проти Pseudomonas aeruginosa та Acinetobacter spp., які є провідними патогенами ґрунтових інфекцій бойових ран (Murray et al., Clin Infect Dis, 2023).

Цефазолін традиційно використовується для профілактики при оперативних втручаннях. Його спектр дії обмежується: Staphylococcus aureus (MSSA), Streptococcus spp. Відсутня активність проти анаеробів. Для бойової травми, що характеризується ґрунтовою контамінацією (часто полімікробною), це означає абсолютну недостатність покриття. Цефотаксим (цефалоспорин III покоління). Добре перекриває Enterobacteriaceae та грампозитивні коки. Має кращу ефективність, ніж цефтріаксон, у регіонах із високою резистентністю (Li et al., Front Pharmacol, 2022). Недолік – відсутність активності проти Pseudomonas. Цефоперазон (цефалоспорин III покоління з антипсевдомонадною активністю). Активний проти Pseudomonas, Enterobacter, Acinetobacter. Недолік – слабке анаеробне покриття, що може вимагати додавання метронідазолу (Tamma et al., Clin Microbiol Rev, 2021). Цефепім (цефалоспорин IV покоління). Має найширший спектр: активний проти Pseudomonas, Acinetobacter, Enterobacteriaceae, Staphylococcus aureus (MSSA). Добре переноситься, стабільний у польових умовах. Недолік – слабша дія проти анаеробів (особливо Bacteroides fragilis). Амоксицилін/клавуланат (інгібіторзахищений пеніцилін). Потужна дія проти Clostridium, Streptococcus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae. Обмеження: офіційно немає в/м форми, неактивний проти Pseudomonas.

Висновки. З урахуванням епідеміологічної ситуації в Україні, структури резистентності польової флори та логістичних обмежень, оптимальним вибором для профілактики бойових поранень є цефотаксим або цефепім. Амоксицилін/клавуланат – оптимальний вибір при можливості використанні в/в доступу. Водночас необхідно розробити національний протокол антибіотикопрофілактики бойових поранень, який би враховував специфіку українського фронту – тривалі евакуації, високу контамінацію, обмежений доступ до хірургії та реалії польового забезпечення.

Тарамак Л.В.

ЗНАЧИМІСТЬ РІВНЯ КОРТИЗОЛУ ТА IL-6 У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ

Навчально-науковий медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми, Україна

Кафедра педіатрії

Мета роботи – оцінити значення рівня кортизолу та IL-6 у дітей віком від 6 років до 17 років включно, хворих на позалікарняну пневмонію у період розпалу захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження включало 134 дитини обох статей, хворих на позалікарняну пневмонію (ПП). Діти отримували лікування в інфекційному відділенні КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» СМР. Діагноз захворювання було підтверджено згідно критеріїв клінічної допомоги «Пневмонії у дітей» (2022 рік). Середній вік пацієнтів становив (11,10±0,34) років. Контрольну групу склали 32 дитини, репрезентативні за віком (10,84±0,57) років ($p>0,05$) та статтю.

Для оцінки стану пацієнтів було виконане клінічне обстеження та проведений забір крові в об’ємі необхідному для проведення дослідження. Рівень кортизолу у сироватці крові визначався за допомогою конкурентного твердофазного хемілюмінесцентного аналізу, IL-6 з використанням імуноферментного аналізу згідно вимог виробника.

Статистичний аналіз отриманих результатів виконана з використанням програмного забезпечення «Microsoft Excel» та JASP, адаптованих до медико-клінічних обстежень. Результати $p<0,05$ вважали статистично достовірними.

Результати. Згідно отриманих даних, пацієнти у періоді розпалу захворювання мали зростання рівня кортизолу. Середні показники гормону у пацієнтів основної групи становили (489,26±2,50) нмоль/л. Отримані значення були достовірно вищі контрольних показників (402,59±3,50) нмоль/л ($p<0,001$).

Показники IL-6 зростали у всіх дітей та були у межах (21,84±0,71) пг/мл, що було вище контрольних рівнів (4,92±0,28) ($p<0,001$).

Проведений кореляційний аналіз показав наявність позитивного середньої сили зв'язку між показниками імунної та гормональних ланок ($r=0,859$; $p<0,001$).

Висновки. Всі обстежені пацієнти мали зростання рівнів IL-6 та кортизолу у сироватці крові. Високі рівні цитокіну та гормону можуть свідчити про тяжкість перебігу ПП. Окрім того, встановлено залежність між значеннями імунних та гормональних показників, що свідчить про їх тісну взаємодію в умовах запального процесу. Визначення рівнів IL-6 та кортизолу при запаленні легень можна використовувати, як додаткові маркери оцінки тяжкості та перебігу захворювання.

Тєрьошин В.О., Гаврилов А.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНОЮ ДІАРЕЄЮ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Відомо, що у сучасних умовах антибактеріальні препарати достатньо широко застосовуються у медичній практиці. У структурі медикаментозних засобів, які найчастіше призначаються, антибіотики посідають друге місце. На жаль, крім позитивного ефекту, антибактеріальні препарати мають і ряд побічних реакцій. Однією з таких реакцій є антибіотик-асоційована діарея (ААД), яка, за даними статистики, реєструється у 5-30 % пацієнтів, яким було призначено антибактеріальні препарати. Спорадичні або групові випадки ААД реєструються в хірургічних, терапевтичних, урологічних, геріатричних та інших стаціонарах.

Метою дослідження було вивчення ефективності ентеросорбенту на основі діоксиду кремнію «Біле Вугілля» разом з комбінованим пробіотиком у хворих на ААД.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 пацієнтів з ААД віком від 18 до 55 років, які були поділені на 2 групи, рандомізовані за віком та статтю: основна (30 хворих) і зіставлення (30 осіб). Діагноз «ААД» виставлявся, виходячи з даних анамнезу (наявність попереднього прийому антибактеріальних препаратів), клінічної картини захворювання з підтвердженням діагнозу бактеріологічним методом. До дослідження не були залучені пацієнти з ААД клостридіальної етіології, оскільки лікування даної патології потребує призначення антибактеріальних препаратів.

Результати дослідження. Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування ААД, яке включало відміну антибактеріального препарату, що призвів до ААД, з наступним призначенням комбінованого пробіотику, що містить живі ліофілізовані бактерії (*Lactobacillus rhamnosus, Lactobacillus plant arum, Streptococcus thermophilus, Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium spp. Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium longum, Bifidobacterium infantis, Saccharomyces boulardii)*. Крім того, пацієнти основної групи додатково до загальноприйнятої терапії отримували ентеросорбент «Біле Вугілля» (лікарський засіб) − по 2-3 таблетки 2-3 рази на день протягом 10-14 діб поспіль, при цьому прийом препарату «Біле Вугілля» здійснювалось за 1-1,5 годин до прийому лікарських засобів.

Висновки:

1. Застосування ентеросорбенту на основі діоксиду кремнію «Біле Вугілля» разом з комбінованим пробіотиком у комплексному лікуванні ААД сприяє суттєвому зниженню тривалості діарейного синдрому.

2. Клінічними ефектами використання ентеросорбенту «Біле Вугілля» є зниження частоти дефекації та поліпшення характеру стільця.

3. На підставі отриманих даних можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним застосування ентеросорбенту «Біле Вугілля» разом з комбінованими пробіотиками з метою досягнення синергічного ефекту в комплексної терапії ААД.

Тєрьошин В.В.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВРАЗЛИВИМИ ГРУПАМИ НАСЕЛЕННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Здобувач наукового ступеня доктора філософії кафедри «Соціальної педагогіки ННІ Педагогіки і психології»

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Лубни, Україна

Практика соціальної роботи у сфері громадського здоров'я охоплює широкий спектр заходів, які спрямовані на виявлення та вирішення соціальних чинників, що впливають на стан здоров'я. До них належить: сприяння доступу до медичних послуг, інформування щодо гігієни та здорового способу життя, а також впровадження профілактичних програм і надання психосоціальної підтримки.

У сучасних умовах соціальна робота з вразливими групами населення у сфері громадського здоров'я набуває дедалі більшої ваги. Особи, які мають соціальні проблеми у суспільстві, часто стикаються з численними труднощами при забезпеченні свого фізичного та психосоціального добробуту. Соціальні працівники, які працюють з цими групами, виконують функції посередників, захисників та представників їхніх інтересів, створюючи сприятливі умови для покращення становища та забезпечення доступу до необхідних ресурсів і послуг.

Важливо розглядати соціальну роботу не лише як окрему професію, а й як складову комплексного підходу до охорони здоров'я. Вона тісно взаємодіє з медициною, освітою, правовою сферою, забезпечуючи розробку і впровадження спільних стратегій підтримки та захисту вразливих верств населення.

Мета дослідження: визначити роль соціального працівника у роботі з вразливими групами населення у сфері громадського здоров'я

Результати дослідження. Соціальні працівники тісно співпрацюють з медичними закладами, правоохоронними органами, неурядовими організаціями та іншими партнерами і координують діяльність різних служб для забезпечення комплексної підтримки й повного спектра необхідних послуг. Важливою складовою є співпраця соціальних працівників із медичними установами та громадськими організаціями для вирішення проблем, що стосуються здоров'я вразливих груп. Вони залучають додаткові ресурси, координують зусилля для реалізації програм профілактики, скринінгу та лікування.

Подальший розвиток системи соціальної роботи з уразливими групами населення у сфері громадського здоров'я передбачає постійне вдосконалення законодавчих норм, стандартів і практичних методів. Впровадження міжнародного досвіду та інноваційних практик здатне істотно підвищити якість і ефективність соціальних послуг для цієї категорії населення.

Висновки. Отже, соціальна робота з вразливими групами у сфері громадського здоров'я має базуватися на комплексному підході, що поєднує знання, емпатію та інтеграцію зусиль різних учасників задля покращення життєвого рівня і здоров'я суспільства.

Для подальшого розвитку соціальної роботи з вразливими групами населення у сфері громадського здоров'я необхідно враховувати їхні різноманітні потреби, застосовувати сучасні технології та інноваційні методи, а також забезпечувати достатній рівень фінансування для ефективної реалізації програм і ініціатив.

Тєрьошина І.Ф.

ЩОДО ДЕЯКИХ ПИТАНЬ ПСИХООСВІТИ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

На протязі життя в кожної людини трапляються ситуації, коли їй здається, що обставини виходять з-під контролю. Ці випадки можуть виникати

неодноразово, і людина відчуває безпорадність перед раптовими змінами. У такі моменти часто з'являються страх, панічні настрої, тривога. Однак ці переживання не завжди охоплюють усіх водночас – поруч можуть бути друзі, знайомі, або рідні, які нададуть підтримку, допоможуть повернути впевненість і поступово приборкати негативні емоції.

Особливість будь якої пандемії полягає в тому, що вона водночас впливає на всіх людей без винятку. Такі обставини викликають спільні для всіх почуття тривоги, невпевненості, страху перед майбутнім, ізоляції. Завжди ситуацію ускладнюють потоки тривожної інформації зі ЗМІ та соціальних мереж, а також суперечливі заяви політиків. Люди залишаються наодинці з багатьма питаннями і шукають відповіді, однак це не завжди приносить полегшення, адже пандемія – явище, що важко осягнути раціонально. У таких умовах знайти підтримку навіть у близьких не завжди можливо – кожна людина змушена самостійно шукати способи реагування на нові виклики.

Метою проведеного дослідження було визначення особливостей проведення психоосвітньої роботи серед пацієнтів і впровадження її у клінічну практику під час пандемії інфекційних захворювань.

Результати дослідження. Боротьба зі стресом – необхідна умова для збереження не лише доброго психічного стану, але й для подолання самої хвороби, що викликає пандемію. Допомога в цьому може здійснюватись різними методами, якими мають володіти лікарі-психіатри та психотерапевти. Важливе місце тут займає психоосвітня робота – як серед осіб із психічними розладами, так і серед тих, хто переживає стрес через пандемію. Психоосвіта сьогодні є невід'ємною складовою сучасної психіатричної допомоги й поширеним методом психосоціального втручання. Це поняття охоплює поетапні, систематичні дидактично-психотерапевтичні заходи з метою надання пацієнтам та їхнім родинам інформації про перебіг хвороби, особливості лікування, а також розвитку навичок самостійності й підтримки в період захворювання.

Психоосвіта розширює знання, формує впевненість у подоланні психологічних проблем, сприяє соціальній реінтеграції людей, що може бути утруднено в умовах пандемії. Це шлях до глибшого розуміння хвороби і себе, який допомагає залишатися стійкими навіть у найскладніші часи.

Психоосвітня діяльність становить невід'ємну частину сучасної комплексної психіатричної допомоги та є найпоширенішим методом психосоціальної підтримки. Під цим поняттям мають на увазі систематичні, послідовні дидактично-психотерапевтичні заходи, спрямовані на те, щоб надати пацієнтам і їхнім близьким докладну інформацію про перебіг захворювання, можливості лікування, а також навчити самостійності й забезпечити підтримку у складний період хвороби. Психоосвіта сприяє розширенню знань, зміцнює впевненість у подоланні психічних порушень, що можуть супроводжувати хворобу, і допомагає вирішувати питання соціальної адаптації, яка особливо ускладнюється під час пандемії.

Висновки. Активне впровадження психоосвітнього підходу у період пандемії сприятиме:

- глибшому розумінню особливостей психічних розладів, що дозволить приймати ефективні рішення у стресових та кризових ситуаціях;
- набуттю необхідних знань для визначення оптимальної стратегії лікування, реабілітації та проведення психотерапії;
- можливості спілкування та обміну досвідом із людьми, які зіткнулися з подібними труднощами, що допоможе побачити проблему у ширшому контексті;
- отриманню чітких порад для поліпшення самопочуття та емоційного стану.

Удовиченко А.О., Сердюк Н.О., Кучеренко Б.Ю.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ: ПОТЕНЦІАЛ ДЛЯ ПЕРЕДГОСПІТАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Сучасна система екстреної медичної допомоги (ЕМД) потребує швидких, точних і ефективних рішень у надзвичайно стислий термін, адже від цього залежить не лише стан, але й життя пацієнта. З огляду на ускладнення викликів, віддаленість населених пунктів, нестачу спеціалістів та умови воєнного стану, особливої важливості набуває впровадження телемедицини в практику передгоспітального консультування. Телемедицина – стратегічний ресурс, який дає змогу підвищити якість діагностики, пришвидшити прийняття рішень і мінімізувати ризики у критичних клінічних ситуаціях.

Мета. Аналіз потенціалу використання телемедичних технологій у системі ЕМД , зокрема на етапі передгоспітального консультування.

Матеріали та методи. Сучасні публікації ВООЗ, Європейського товариства з екстреної медицини, результати пілотних проєктів в Україні, а також клінічний досвід США, Ізраїлю та Німеччини.

Результати дослідження. Телемедичне консультування в режимі реального часу дозволяє бригадам ЕМД передавати клінічні параметри, електрокардіограми, фото- і відеоматеріали з місця події, а також здійснювати безпосередній контакт із лікарями. При підозрі на інсульт така система дозволяє оперативно оцінити шкалу FAST-ED та отримати підтвердження невролога щодо необхідності направлення пацієнта до інсультного центру. У разі STEMI — дозволяє негайно передати ЕКГ кардіологу, що зменшує час до початку реперфузійної терапії. При. політравмі та масивних кровотечах можливо дистанційно проконсультуватися з хірургами/анестезіологами щодо обсягу інфузійної терапії та необхідності активації протоколу масивної трансфузії ще до прибуття до стаціонару.

На міжнародному рівні, такі системи успішно функціонують у США (проєкт TeleEMS), у Німеччині (Telenotarzt) та в Ізраїлі (інтеграція телемедицини в бойову медицину). В Україні телемедицина в системі ЕМД перебуває на етапі формування. Пілотні проєкти реалізовано в Дніпропетровській, Київській та Львівській областях, зокрема в рамках eHealth. Під час повномасштабної війни виникла критична потреба у дистанційній підтримці медиків, особливо в польових умовах. Тому використовувалися мобільні телемедичні модулі для оперативного зв'язку з госпіталями та консультування польових медиків.

Однак, впровадженню телемедицини в ЕМД перешкоджають кілька бар'єрів. По-перше, недостатнє технічне оснащення – більшість бригад швидкої допомоги не мають якісного зв'язку чи планшетів для передачі даних. По-друге, відсутність чіткої нормативної бази, що б регламентувала юридичну відповідальність за дистанційне консультування та захист персональних даних. По-третє, низька обізнаність персоналу про можливості телемедицини, а також відсутність навчальних програм з її практичного використання на рівні бригад екстреної допомоги.

Висновок. Телемедицина є важливим елементом модернізації ЕМД в Україні. Її потенціал особливо відчутний у догоспітальному консультуванні, коли час – вирішальний фактор. Для реалізації цього необхідно розробити національну стратегію телемедицини в ЕМД, забезпечити технічне переоснащення бригад, впровадити телемедичні протоколи, а також провести цільове навчання персоналу. В умовах війни, обмежених ресурсів і високого навантаження на систему охорони здоров'я телемедицина перестає бути опцією – вона стає необхідністю.

Цико О.В.

ЕТІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗБУДНИКІВ БАКТЕРІЙНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Особливістю ВІЛ-інфекції в сучасних умовах є швидке зростання кількості тяжко хворих на пізніх стадіях захворювання, коли провідне місце при ураженнях дихального тракту відводиться негоспітальним пневмоніям, що викликані різними бактерійними патогенами та вражають ВІЛ-позитивних пацієнтів в 7,8 разів частіше, ніж популяцію в цілому. Бактерійна пневмонія (БП) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів не відноситься до опортуністичних інфекцій, тому вплив антиретровірусної терапії та ступінь імунодефіциту майже не впливають на частоту її виникнення.

Мета. Аналіз етіології бактерійних збудників негоспітальної пневмонії у ВІЛ-позитивних осіб.

Матеріали та методи. Проведений статистичний аналіз архівних даних стаціонарних історій хвороб пацієнтів. Літературні дані.

Результати: Під спостереженням перебувало 75 ВІЛ-позитивних осіб з БП. У результаті проведеного дослідження визначено: у ВІЛ-позитивних осіб з БП переважала вікова категорія від 18 до 44 років, 78,6 %. За статевою ознакою серед ВІЛ-інфікованих з БП переважали чоловіки - 37 (49,3 %). Серед більшості хворих, а саме у 47 (62,7 %) ВІЛ-позитивних пацієнтів з БП переважав рівень CD4 Т-лімфоцитів нижче 200 клітин/мкл; у 17 (22,7 %) ВІЛ-інфікованих осіб з БП рівень CD4 Т-лімфоцитів складав 200-499 клітин/мкл, найменшу за кількістю підгрупу склали хворі з кількістю CD4 Т-лімфоцитів $\geq$ 500 клітин/мкл, серед хворих з ВІЛ/БП їх кількість склала 11 (14,6 %) осіб. 17 (23 %) хворих на ВІЛ/БП мали третю стадію ВІЛ-інфекції, 58 (77 %) хворих на ВІЛ/БП – четверту стадію. При мікробіологічному обстеженні мокротиння етіологічне пітвердження БП отримано в 31 (41,3 %) хворих в сукупності з Candida albicans. У 31 (41,3 %) хворих на ВІЛ/БП збудник не виділений,

у 12 (16 %) хворих знайдена тільки Candida albicans з мокротиння. Отримати мокротиння у 1 (1,3 %) хворого на ВІЛ/БП не вдалося. Серед збудників, що зустрічались, була виділена патогенна та умовно-патогенна флора: Staphilococcus aureus (25 %), Pseudomonas aeruginosa (1,3 %), Streptococcus pneumoniae (5,3 %), Klebsiella pneumoniae (1,3 %), Streptococcus anhaemoliticus (1,3 %), Streptococcus pyogenes (1,3 %), Staphilococcus epidermalis (1,3 %), Proteus mirabilis (1,3 %), Acinetobacter baumanii (1,3 %), Esherichia coli (1,3 %).

Висновок. Таким чином, при дослідженні виявлено, що найчастішим збудником БП, що зустрічався при мікробіологічному дослідження мокротиння у ВІЛ-позитивних осіб з БП, виявився Staphilococcus aureus.

Шкондіна О.Ф.

ГЛОБАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДОЛАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Антибіотикорезистентність (АР) є однією з глобальних загроз для системи охорони здоров’я у світі, що створює серйозні виклики в лікуванні інфекційних захворювань, зокрема пневмонії, туберкульозу, сепсису та урогенітальних інфекцій. На сьогодні стійкість до АБ є суттєвою проблемою та за даними ВООЗ (2021-2024), близько 1,27 мільйона смертей щороку спричиняються інфекціями, стійкими до антибіотиків. Є великий ризик зростання цього показника до 10 мільйонів смертей на рік до 2050 року (O’Neill, 2019).

Мета. Метою дослідження є аналіз глобальних тенденцій розвитку антибіотикорезистентності, оцінка сучасних стратегій боротьби з АР і перспектив нових підходів у лікуванні інфекцій, викликаних резистентними штамами.

Методи і матеріали. Аналіз наукових публікацій та міжнародних звітів (ВООЗ, CDC, ECDC), статей зарубіжних джерел (The Lancet, NCBI, Nature Reviews Microbiology).

Результати. Глобальні тенденції вказують, що антибіотикорезистентність залишається критичною та однією з важливих проблем у системі охорони здоров'я. Дані ВООЗ (2021-2024) демонструють зростання резистентних штамів бактерій, особливо в країнах із необмеженим доступом до антибіотиків. Наприклад, резистентність *P.aeruginosa* до карбапенемів досягла 45 % у деяких країнах, що робить лікування внутрішньолікарняних інфекцій надзвичайно складним (CDC, 2023). Рівень резистентності *S. aureus* до метициліну (MRSA) у країнах Європи коливається від 5 % у Швеції до понад 40 % у південних регіонах, таких як Греція (ECDC, 2022). У *E.coli* визначена резистентність до цефалоспоринів третього покоління у 40 % випадків**.** В зв'язку з цим можна виділити кілька напрямків подолання проблеми АР, які перспективно розвиваються. Один з них – впровадження програм антимікробного менеджменту в лікарнях, які вже довели свою ефективність. Наприклад, в Італії, після введення обов'язкових антимікробних програм, рівень необґрунтованого призначення антибіотиків знизився на 30 % за три роки (ECDC, 2021). Інший перспективний підхід – запровадження суворого рецептурного відпуску антибіотиків. У Швеції, де продаж антибіотиків без рецепта повністю заборонений, рівень резистентності MRSA є одним із найнижчих у світі (5 %) (ВООЗ, 2021). Також важливу роль відіграють масові інформаційні кампанії та просвітницькі програми. У Великій Британії кампанія «Keep Antibiotics Working» знизила кількість необґрунтованого використання антибіотиків серед населення на 20 % за перший рік реалізації (Public Health England, 2021). Крім того, допомагає у прогнозуванні спалахів резистентності та підборі точкової терапії також і штучний інтелект. У США програми на основі машинного навчання вже дозволяють лікарям ефективніше призначати антибіотики, зменшуючи ризик резистентності.

Висновки. До проблеми антибіотикорезистентності має бути комплексний та скоординований підхід на глобальному рівні. Важливими напрямками боротьби є розвиток програм антимікробного менеджменту, посилення контролю за використанням антибіотиків, удосконалення інфекційного контролю в медичних установах, розширення інформаційних кампаній, стимулювання розробки нових лікарських засобів, а також зменшення необґрунтованого використання антибіотиків. Якщо в подальшому ці заходи будуть реалізовані можна сподіватись на зменшення поширення резистентних штамів та це дозволить забезпечити ефективність антибактеріальної терапії в майбутньому.

Шкондіна О.Ф.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ

Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Імунопрофілактика вже давно і до сьогодні є одним із найефективніших методів попередження інфекційних захворювань. Завдяки вакцинації вдалося значно знизити поширеність багатьох небезпечних захворювань і деякі практично ліквідувати, зокрема, віспа, дифтерія, поліомієліт, правець та кір. Проте, через зростання антивакцинальних настроїв, виникнення нових патогенів і еволюцію існуючих, актуальність вдосконалення імунопрофілактичних стратегій залишається високою.

Мета дослідження – дослідити сучасні підходи до імунопрофілактики, визначити її ефективність у запобіганні інфекційним захворюванням та окреслити перспективи розвитку нових технологій і методів у цій сфері.

Методи дослідження. Проведення системного огляду сучасних наукових публікацій, керівних документів ВООЗ та національних програм у сфері імунопрофілактики.

Результати дослідження. Доведено, що вакцинація знижує ризик захворювання на 60-95 % залежно від патогену. Наприклад, ліквідація натуральної віспи у 1980 році та значне зменшення випадків поліомієліту, особливо у регіонах із масовим охопленням вакцинацією. Також, після впровадження вакцин проти COVID-19 у 2021 році смертність серед груп ризику зменшилася на 80 %, а рівень госпіталізацій – удвічі. Однак, не дивлячись на те, що вакцинація довела свою ефективність у зниженні захворюваності та смертності від багатьох інфекційних хвороб, рівень недовіри до вакцин, за даними ВООЗ, у 2023 році зріс на 10 %.

Було визначено чинниками, що обмежують ефективність імунопрофілактики. По-перше, це недовіра до вакцин у населення через дезінформацію, особливо в соціальних мережах. По-друге, поява штамів, які частково уникають імунного захисту, що вимагає постійного оновлення вакцин. По-третє, нерівномірний доступ до вакцин у країнах із низьким рівнем доходів.

Імунологія є динамічною наукою, що постійно розвивається. Інноваційні технології у сфері розробки вакцин сприяють прискоренню їх створення, підвищенню ефективності та рівня безпеки, що суттєво зміцнює спроможність суспільства протистояти інфекційним захворюванням.

Дослідження національних програм вакцинації у різних країнах (США, ЄС, Україна) показали, що охоплення понад 90 % населення базовими вакцинами (проти поліомієліту, дифтерії, кору) значно знижує рівень захворюваності та економічні витрати на лікування ускладнень, що є показником епідеміологічної, імунологічної та економічної ефективності вакцинації. В Україні впровадження обов’язкових щеплень дозволило знизити захворюваність на кір на 40 % у період 2019-2023 років. Однак рівень охоплення щепленнями все ще нижчий за рекомендовані ВООЗ 95 %. Інтеграція інформаційних кампаній сприяє зростанню рівня довіри населення до вакцинації.

Висновки:

1. Імунопрофілактика залишається ключовим інструментом у боротьбі з інфекційними хворобами.

2. Інвестиції в новітні технології вакцинопрофілактики є стратегічно важливими для охорони здоров'я.

3. Необхідно підвищувати обізнаність населення щодо користі вакцинації для зниження антивакцинальних настроїв.

4. Перспективними подальшими дослідженнями є розробка універсальних вакцин проти вірусів із високою швидкістю мутації (грип, COVID-19), вивчення впливу мРНК-технологій на довгостроковий імунітет, аналіз ефективності комбінованих вакцин для одночасної імунізації проти кількох захворювань, застосування персоналізованого підходу до вакцинації залежно від генетичних і епідеміологічних особливостей.

Юрко К.В., Кучерявченко В.В., Козько В.М.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГРВІ В УКРАЇНІ

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Серед великої групи ГРВІ грип та COVID-19 є одними з головних причин тяжких ускладнень та летальних випадків у всьому світі. Окрім медичних аспектів, ГРВІ також накладають значне фінансове навантаження на систему охорони здоров'я та економіку країни в цілому. У зв'язку із цим, важливою є не лише ефективність лікувальних засобів, але й економічна доцільність їх використання.

Перспективним напрямом є використання препаратів, які могли б ефективно боротися з поширеними респіраторними вірусами, бути доступними за ціною, мати сприятливий профіль безпеки в дорослих і дітей, забезпечувати можливість застосування як для лікування, так і для профілактики.

Фармакоекономічний аналіз при лікуванні ГРВІ дозволяє порівняти не тільки терапевтичну ефективність різних препаратів, але й їх вплив на загальні витрати для системи охорони здоров'я. Такі фактори, як вартість лікування, тривалість терапії, необхідність в додаткових тестах та діагностичних процедурах, повинні враховуватися при виборі препарату, щоб оптимізувати витрати та досягти найкращих результатів при лікуванні.

Мета – проаналізувати ефективність та профіль безпеки противірусних препаратів проти ГРВІ в Україні та провести фармакоекономічний аналіз з обґрунтуванням вибору противірусного лікування.

Результати. Одним з препаратів, який демонструє високі терапевтичні результати при ГРВІ, є Амізон Макс. У цьому контексті особливо важливо оцінити фармакоекономічні аспекти застосування цього лікарського засобу, адже його використання може істотно зменшити витрати на лікування грипу та COVID-19 в Україні, порівняно з іншими противірусними препаратами.

Актуальна ціна на Амізон® Макс (упаковка 20 капсул по 0,5 г) становить 502 грн. Вартість одного лікування можна розрахувати так: 1 капсула 3 рази на день впродовж 7 днів складає 527 грн (12,5 доларів США). В Україні очікується приблизно 2,5 мільйона випадків грипу на рік, тому фінансове навантаження на систему охорони здоров'я (якщо всі пацієнти будуть лікуватися Амізоном® Макс) становитиме 1 317 750 000 грн (31 375 000 доларів США). Витрати на вакцинацію становлять приблизно 500 грн (12 доларів США), а якщо щеплять близько 1 млн осіб, то фінансові витрати становитимуть 500 000 000 грн (12 000 000 доларів США).

У порівнянні з вартістю лікування грипу озельтамівіром, лікування Амізоном Макс може зменшити фінансовий тягар для системи охорони здоров'я на 39 % [фактична ціна на озельтамівір капс 75 мг № 10 становить 1328 грн.; рекомендований курс лікування – 1 капсула двічі на день протягом 5 днів, із розрахунку 1328 грн (32 долара США)]. Потрібно врахувати ще й вартість швидкого тесту або ПЛР дослідження, тому що озельтамівір інгібітор нейромінідази вірусу грипу, але не діє проти SARS-Cov2, а провести

диференційну діагностику тільки за клінічними симптомами в більшості випадків неможливо. Енісаміум йодид блокує РНК-полімеразу респіраторних вірусів, включно з вірусами грипу та SARS-Cov2, тому його можна використовувати емпірично в перші години захворювання.

Отже, враховуючи відсутність на фармацевтичному ринку України ефективного лікарського засобу з можливістю впливати одночасно на обидва найнебезпечніших віруси (вірус грипу та SARS-Cov2), які спричиняють найбільшу кількість ускладнень і летальних випадків, Амізон Макс стає унікальним пероральним лікарським засобом з доведеною ефективністю, профілем безпеки та прийнятним ціновим діапазоном.

Під час пандемії COVID-19 пошук ефективних противірусних препаратів був одним із ключових напрямків наукових досліджень. Амізон Макс – це перший і єдиний вітчизняний противірусний лікарський засіб, який пройшов повноцінне клінічне дослідження при COVID-19 та довів свою ефективність і профіль безпеки. У багатоцентровому подвійному сліпому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні в пацієнтів з COVID-19 було продемонстровано, що енісаміум йодид (Амізон® Макс) достовірно пришвидшує покращення стану, запобігає розвитку тяжкої дихальної недостатності та інших ускладнень. Дослідження проведено відповідно до принципів доказової медицини і має найвищий рівень доказовості (клас 1 (А), високий ступінь репрезентативності, відповідає принципам GCP, що засвідчив міжнародний аудит.

Висновки. Фармакоекономічний аналіз свідчить, що вибір противірусного препарату повинен базуватися на співвідношенні вартість-ефективність та порівняльному аналізі вартості лікування. За результатами проведеного аналізу з фармакоекономічної точки зору енісаміум йодид є вигідним та ефективним засобом для лікування ГРВІ, зокрема грипу та COVID-19.

Енісаміум йодид демонструє високу ефективність у лікуванні ГРВІ, включно з грипом і COVID-19, поєднує в собі перевірену ефективність і

сприятливий профіль безпеки, добре відомий лікарям і пацієнтам. Енісаміум йодид є оптимальним вибором для лікування дорослих і дітей.

Юрко К.В.[1], Могиленець О.І.[1], Меркулова Н.Ф.[1], Соломенник Г.О.[1], Кухар Д.І.[2], Нартов П.В.[2], Танчук Ю.В.[2], Шульга Д.І.[2], Мелікідзе М.С.[2], Морока Р.К.[1]

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ У ВАКЦИНОВАНИХ ТА НЕВАКЦИНОВАНИХ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ХВОРИХ НА COVID-19

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

На сьогоднішній день COVID-19 залишається однією з найбільш актуальних проблем медицини, що зумовлює неабиякий інтерес до вивчення цієї патології. Найбільш ефективним способом профілактики COVID-19 є вакцинація, яка активно проводиться з 2021 р. На початок 2022 р. за офіційною статистикою повний курс щеплень отримало 31,7 % населення України.

Мета роботи – порівняти клініко-лабораторні показники у вакцинованих та невакцинованих госпіталізованих хворих на COVID-19 та оцінити вплив вакцинації на перебіг захворювання.

Матеріали та методи. Було проаналізовано історії хвороби пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у І відділенні КНП ХОР «ОКІЛ» м. Харкова в період з листопада 2021р. по лютий 2022 р. Померлі пацієнти та ті, що були переведені до ВРІТ, не були включені в дослідження. Рандомно було відібрано 60 історій хвороб. 49 (1 група) із них належали пацієнтам, які не були вакциновані від COVID-19, 11 (2 група) – щепленим від цієї патології. 9 осіб були щеплені вакциною Coronovac (1 із них отримала лише 1 дозу), 2 – отримали щеплення вакциною Pfizer. В усіх пацієнтів діагноз коронавірусної інфекції було підтверджено методом ПЛР (виявлено РНК SARS-CoV2). Наявність негоспітальної пневмонії (НП) було підтверджено інструментально. Дихальну недостатність (ДН) оцінювали за рівнем сатурації, яку вимірювали методом пульсоксиметрії. Оцінювали дані клінічного аналізу крові, деякі

біохімічні показники (С-реактивний білок (СРБ), D-димер).

Результати. Переважна більшість госпіталізованих пацієнтів із COVID-19 (49 із 60, що становило 81,67 %) не була вакцинована. В обох групах обстежених переважали жінки. Їхня кількість у 1-й групі становила 32 (65,31 %) особи, у 2-й – 7 (63,64 %). Середній вік пацієнтів 1-ї групи становив 66,16±1,79, 2-ї – 56,91±4,94 років; різниця не була достовірною ($p>0,05$). Отже, групи були репрезентативними за статтю та віком.

Більшість пацієнтів 1-ї групи (93,88 %) були госпіталізовані у зв'язку з розвитком ДН на тлі пневмонії. У 3 (6,12 %) випадках під час надходження була підозра на НП, однак діагноз не було підтверджено рентгенологічно. Причиною госпіталізації пацієнтів 2-ої групи переважно також була НП з проявами ДН (9 (81,82 %) осіб). В 1 (9,09 %) випадку госпіталізація була зумовлена гіпертермічним синдромом у пацієнта з епілепсією; у 2 (18,18 %) пацієнтів спостерігалася ДН без рентгенологічних ознак пневмонії.

У пацієнтів обох груп спостерігався інтоксикаційний синдром: температура тіла частіше сягала фебрильних цифр і в середньому становила 38,36±0,96˚С в 1-й групі та 38,35±0,28˚С в 2-й ($p>0,05$).

Більшість пацієнтів обох груп мали прояви ДН. Показник SpO_2 у пацієнтів 1-ї групи в середньому становив 86,24±0,96 % і був достовірно нижчим, ніж у 2-й групі (93±0,65 %; $p<0,001$). При цьому в останній сатурація не була нижчою за 90 % у жодного пацієнта, тоді як у 30 (61,22 %) із 49 (100 %) невакцинованих осіб спостерігалося зниження насичення крові киснем до 89 % і нижче ($\chi2=13,47$; $p<0,001$).

Вивчення показників клінічного аналізу крові виявило, що середній рівень лейкоцитів достовірно не відрізнявся ($p>0,05$) у пацієнтів обох груп і становив 6,37±0,52х10^9/л у невакцинованих і 6,64±1,2х10^9/л – у вакцинованих осіб. У пацієнтів 2-ї групи дещо частіше (у 45,45 %) спостерігалася лейкопенія, тоді як в 1-й групі кількість лейкоцитів була знижена лише в 22,45 %, однак аналіз Пірсона не підтвердив достовірності такої різниці ($p>0,05$). Однаково нечасто – у 18,37 % досліджених 1-ї групи та у 18,18 % 2-ї спостерігався

лейкоцитоз (p>0,05). Аналіз лейкоцитарної формули показав, що в обох групах однаково часто спостерігалася відносна лімфопенія: у 42 із 49 (85,71 %) пацієнтів 1-ї групи та у 9 із 11 (81,81 %) 2-ї; середній показник вмісту лімфоцитів становив відповідно 13,84±1,13 % і 21,09±3,93 %, однак різниця була недостовірною (p>0,05). У той же час абсолютна лімфопенія була достовірно більш виражена (p<0,01) у невакцинованих осіб (0,76±0,05x10^9/л) порівняно з вакцинованими (1,09±0,09x10^9/л) і достовірно частіше спостерігалася в осіб 1-ї (36 із 49 (73,47 %)), ніж 2-ї (4 із 11 (36,36 %)) групи ($\chi 2$=5,57; p<0,02). ШОЕ достовірно частіше підвищувалася у невакцинованих пацієнтів порівняно з вакцинованими – 93,88 % та 54,54 %, відповідно ($\chi 2$=12,03; p<0,001); показник був достовірно вищим у пацієнтів 1-ї групи (36±1,42 мм/год), тоді як в 2-й він становив 18,27±5,75 мм/год (p<0,01).

Дослідження біохімічних показників виявило більш значне підвищення вмісту СРБ у невакцинованих пацієнтів (92,06±9,35 г/л) порівняно з вакцинованими (51,22±15,82 г/л) (p<0,05) та тенденцію до більш суттєвого підвищення D-димера (370,33±28,40 нг/мл) у пацієнтів 1-ї групи порівняно з пацієнтами 2-ї (197±88,82 нг/мл) групи (p>0,05).

Висновки. Серед госпіталізованих пацієнтів, хворих на COVID-19, переважали невакциновані особи. Причиною госпіталізації пацієнтів обох груп у більшості випадків була ДН на тлі НП. Вакцинація не впливала на прояви інтоксикаційного синдрому. ДН спостерігалась як у нещеплених, так і у щеплених госпіталізованих пацієнтів, однак її прояви були достовірно більш вираженими у пацієнтів, які не були вакциновані. У невакцинованих пацієнтів достовірно частіше було виявлено абсолютну лімфопенію та прискорення ШОЕ, рівень зміни цих показників також достовірно відрізнявся. У вакцинованих осіб рівень СРБ був достовірно нижчим.

Юрко К.В.[1], Соломенник Г.О.[1], Бондар О.Є.[1], Щасна І.О.[2]

СИРОВАТКОВИЙ МАМОТРОПІН ЯК БІОМАРКЕР ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ HCV-ІНФЕКЦІЇ

[1]Національний медичний університет, м. Харків, Україна

[2]КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Відомо, що печінка є об'єктом впливу різних гормонів і безпосередньо бере участь у їхній інактивації, а хронічне ураження печінки може призводити до порушень у системній організації ендокринної сфери, одним із складових якої є мамотропін – білковий гормон передньої частки гіпофіза. Ураховуючи, що метаболізм мамотропіну відбувається в печінці, є підстави вважати, що коливання його вмісту може відбивати функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

Мета дослідження – оцінити вміст мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на хронічні форми HCV-інфекції, залежно від ступеня запально-некротичних змін і стадії фіброзу печінки.

Під спостереженням перебувало 35 (100 %) пацієнтів чоловічої статі, з них хворих: на хронічний гепатит С (ХГС) – 24 (68,57 %), на цироз печінки, асоційований із HCV, – 11 (31,43 %). Середній вік пацієнтів склав 40,11±3,05 років. Крім стандартних рутинних біохімічних показників, усім хворим визначали вміст мамотропіну імунохімічним методом з електрохемолюмінісцентною детекцією на біохімічному аналізаторі фірми «Roche Diagnostics» (Швейцарія) за допомогою реактивів фірми «Roche Diagnostics» (Швейцарія) та проводили оцінку запально-некротичних змін і стадії фіброзу печінки за системою FibroMax, а також із застосуванням еластографії печінки. Контрольну групу склав 21 здоровий донор. Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій t Ст'юдента, коефіцієнт кореляції r, критерій згоди $\chi 2$ Пірсона, зокрема для «малих вибірок».

У хворих на ХГС середнє значення вмісту мамотропіну в сироватці крові не відрізнялося від контрольного значення ($p>0,05$). У хворих на цироз печінки, асоційований із HCV, цей показник був вищим, ніж у контролі ($p<0,001$) і вищим, ніж у хворих на ХГС ($p<0,001$).

Серед хворих на ХГС ступінь активності запально-некротичних змін А0 визначено у 6 (17,14 %), А1 – у 7 (20 %), А2 – у 14 (40 %), А3 – у 8 (22,86 %) хворих. Стадію фіброзу F0 діагностовано у 3 (8,57 %), F1 – у 6 (17,14 %), F2 – у 10 (28,57 %), F3 – у 5 (14,29 %), F4 – у 11 (31,43 %) осіб.

Проведення кореляційного аналізу дало змогу встановити наявність прямого потужного зв'язку між вмістом мамотропіну в сироватці крові досліджених хворих та стадією фіброзу печінки ($r=0,79$; $p<0,001$). Кореляційного зв'язку між вмістом мамотропіну у сироватці крові та ступенем запально-некротичної активності ХГС не встановлено ($r=0,16$; $p>0,05$).

Аналіз отриманих даних за Пірсоном із розрахунком критерію згоди $\chi 2$ довів, що вміст мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на ХГС, що дорівнює або є вищим за 17,71 нг/мл, свідчить про наявність у них цирозу печінки ($\chi 2=10,05$; $p<0,001$).

Висновки. Уміст мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на ХГС, перебуває у межах контрольних значень, проте спостерігається його зниження у пацієнтів зі стадією фіброзу печінки F4, тобто в хворих на цироз печінки, асоційований із HCV ($p<0,001$), як порівняно з контролем ($p<0,001$), так і порівняно з групою хворих на ХГС без цирозу печінки ($p<0,001$).

Уміст мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на хронічні форми HCV-інфекції, перебуває у прямій залежності від стадії фіброзу печінки ($p<0,001$). Зв'язку між умістом мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на хронічні форми HCV-інфекції, та ступенем запально-некротичної активності не встановлено ($p>0,05$).

Таким чином, визначення вмісту мамотропіну в сироватці крові чоловіків, хворих на ХГС, може бути застосовано для ранньої діагностики в них цирозу печінки як наслідку хронічного вірусного гепатиту.

Katsapov D., Krokhmal H., Pavlenko N.

CLINICAL CASE OF SEVERE COVID-19 DISEASE ON THE BACKGROUND OF GENERALIZED MYASTENIA GRAVIS

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. In recent years, Ukraine has experienced an increase in COVID-19 incidence, associated in particular with the spread of new Omicron subvariants, such as BN.1.8.1 and XFG. At the same time, a tendency toward a more severe course of the disease has been observed in individuals with comorbidities.

In particular, the SARS-CoV-2 virus is capable of infecting the central and peripheral nervous system via transsynaptic pathways, causing impaired consciousness, encephalitis, and muscle damage. Therefore, during a comprehensive assessment of the patient's premorbid background, attention should be paid to the presence of chronic diseases of the nervous system. One such condition is myasthenia gravis, a neuromuscular autoimmune disease clinically characterized by abnormal fatigability and weakness of striated muscles, which is associated with the formation of antibodies against acetylcholine receptors. Although myasthenia is a rare disease – about 1:10,000, in the case of COVID-19 it can have fatal consequences.

Objective: Clinical analysis of a case of COVID-19 in a patient with generalized myasthenia gravis, with an analysis of the role of this comorbidity, and identification of the main clinical and morphological changes that contributed to a fatal outcome.

Materials and methods. An analysis of clinical, macroscopic, and histological data of a fatal case of a patient with COVID-19 in combination with myasthenia gravis was conducted.

Results and discussion. Patient P., 66 years old, was hospitalized in the neurological department with complaints of progressive weakness, numbness in the right upper and lower extremities, speech, breathing and swallowing disorders. The medical history revealed that the patient had been suffering from myasthenia gravis

for more than 10 years, and had also undergone thymectomy because of thymoma. There had been a significant deterioration in the condition over the past few weeks.

On examination: severe condition, consciousness preserved. Pronounced ptosis, lack of eyeball movement, smoothing of the nasolabial fold on the right, difficulty swallowing, speech, paresis of the soft palate. Breathing was labored, signs of peripheral tetraparesis were observed. Due to the progression of respiratory disorders, on the 13th day of hospitalization, the patient was transferred to the intensive care unit, a tracheotomy was performed, and he was connected to a ventilator. SARS-CoV-2 infection was confirmed on the 25th day by PCR (RNA detected). The course was complicated by the development of severe community-acquired pneumonia and purulent bronchitis. On day 58, spontaneous pneumothorax was diagnosed, and pleural drainage was performed. Newly diagnosed type II diabetes mellitus and diffuse toxic goiter were also diagnosed. Despite comprehensive therapy, including respiratory support and antibacterial treatment, the condition remained severe. On the 80th day of his stay in the hospital, cardiac arrest occurred, and despite resuscitation efforts, the patient was pronounced dead.

Coronavirus disease (COVID-19), complicated by community-acquired viral-bacterial pneumonia, grade III respiratory failure on the background of severe generalized myasthenia gravis with peripheral tetraparesis and bulbar disorders, incomplete compensation on the background of anticholinesterase therapy, thromboembolism of the branches of the pulmonary artery, chronic heart failure, newly diagnosed decompensated type II diabetes mellitus, diffuse toxic goiter (grade III), thyrotoxicosis of moderate severity. The results of histological examination confirmed pronounced changes characteristic of infectious lesions: extensive areas of lung carnification, signs of emphysema, atelectasis, thickening of the bronchial walls with mucopurulent contents in the lumen – signs of purulent bronchitis and isolated infarctions with suppuration.

Microscopically, interstitial edema of the myocardium and protein dystrophy of cardiomyocytes were detected; venous congestion and inflammatory infiltration along the course of the portal tracts of the liver. Pronounced atrophy of muscle fibers

of the neck and respiratory muscles was noted. According to the clinical and morphological study, the determining fatal factor is the combination of severe coronavirus disease (COVID-19) in combination with pneumonia on the background of myasthenia gravis, which contributed to the patient's death.

Conclusions. Coronavirus disease (COVID-19) has a more severe course in people with chronic pathology, in particular myasthenia gravis. This is confirmed by the presented clinical case. In a patient with generalized myasthenia gravis, COVID-19 was a determining factor in the progression of respiratory failure. Viral infection led to pulmonary complications – pneumonic infiltration, emphysema, pneumothorax, suppurative infarctions, purulent bronchitis – which, in turn, contributed to the progression of cardiopulmonary failure and the subsequent fatal outcome. Thus, the management of COVID-19 patients with severe comorbidities requires a multidisciplinary approach.

Kolesnyk Ya.V., Olkhovska O.M., Sliepchenko M.Yu.

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PROLONGED COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study: To identify clinical and laboratory features of the prolonged course (PC) of infectious mononucleosis (IM) based on a comparative analysis of clinical and paraclinical parameters in children with its acute course (AC).

Materials and methods. 107 children aged three to fifteen years with infectious mononucleosis were observed. Of these, 75 (70.1 %) had a moderate course of the disease, 32 (29.9 %) - severe. The diagnosis of IM was based on the clinical symptoms of the disease and the results of special research methods (ELISA, PCR), the severity of the disease was established on the basis of clinical manifestations and the degree of changes in laboratory data parameters. In 85 children (79.4 %), IM was characterized by an acute course (the first group), in 22 (20.6 %) - a prolonged course

(the second group). The groups were comparable in age, severity of the disease and other parameters. All patients were under close clinical and laboratory observation.

Research results. It was found that IM currently retains all the clinical features characteristic of it in general. However, the frequency of presence (detection) and the severity of individual features at the onset of the disease differ between the compared groups.

Thus, significant differences between patients of the observation groups were established regarding the frequency of occurrence and severity of lymphoproliferative syndrome. For example, the size of submandibular lymph nodes ≥2.1 cm was characteristic of patients with a prolonged course of the disease, as they were determined in 54.7 % of patients and 3.3 times less often ($p<0.05$) in patients with acute IM (in 16.5 %). An increase in cervical lymph nodes (≥1.1 cm) was observed 4.9 times more often in children with a prolonged course of the disease (50.4 % and 10.2 %, respectively) ($p<0.05$), while in them the size of inguinal and axillary lymph nodes ≥0.6 cm was recorded significantly more often (48.9 % and 2 %, respectively) ($p<0.05$). A specific symptom was an increase in the size of the lower edge of the liver ≥2.6 cm, which was characteristic of patients with a prolonged course of the disease, in whom it was detected in 92.8 % of cases and significantly less often in the group with an acute course of the disease ($p<0.05$). In addition, an increase in spleen size ≥1.1 cm was diagnosed 1.7 times more often in the group with a prolonged course of IM ($p<0.05$).

At the same time, we found that children with a prolonged course of IM had significantly more frequent platelet counts (54.6 % and 13.5 %, respectively; $p<0.05$), and a relatively high (>56 %) content of segmented neutrophils (62.8 % and 28.7 %, respectively; $p<0.05$) than patients with an acute course of the disease. We were unable to detect differences in the severity or frequency of detection of other symptoms of IM in the compared groups.

Conclusions. Thus, the study established that, in the early stages of clinical manifestation of IM in children, symptoms can be identified that accurately and reliably predict the probable course of the disease. These include the severity of

lymphoproliferative and hepatosplenic syndromes, decreased platelet count, and a relatively high content of segmented neutrophils in the peripheral blood. We believe that other manifestations of the disease can also be considered prognostic indicators, which can likely be determined through a more thorough mathematical analysis, which is our goal for subsequent stages of research.

Kucheriavchenko V.V.[1], Blagoveshchenskiy E.V.[1], Odinets I.Yu.[1], Yurko K.V.[1], Kursov S.V.[1], Matvieienko M.S.[2], Burma Ya.I.[1]

MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS OF TRAUMATIC DISEASE IN PATIENTS WITH INCREASED BODY MASS INDEX

[1]National Medical University, Kharkiv, Ukraine

[2]V.N. Karazin National University, Kharkiv, Ukraine

It is known that the results of treatment of patients with an increased body mass index (IBMI), especially with obesity (body mass index (BMI) > 40.0), depend of the initial indicators of the general reactivity of the body, especially with such destructive stress factors as polytrauma. Metabolic syndrome (MS) is a complex of metabolic disorders associated with a combination of abdominal obesity, hyperinsulinemia, insulin resistance (IR), arterial hypertension, atherogenic dyslipidemia and impaired glucose tolerance or type 2 diabetes mellitus, accompanied by an increased risk of coronary heart disease. It is important to identify its leading markers, which can influence the response of an obese patient to polytrauma. Against the background of data on MS, which in most cases of abdominal obesity is diagnosed in patients during examination, it is necessary to study its possible influence on the course of traumatic disease (TD) and the development of complications in patients with IBMI with polytrauma.

The aim of the work is to study the pathogenetic mechanisms of the course of TD in patients with IBMI against the background of studying the dynamics of lipid (cholesterol (CS), triglyceride (TG), high-density lipoprotein cholesterol (CS LPHD),

atherogenicity coefficient (AC)) and carbohydrate (glucose (G), endogenous insulin (EI), HOMA-IR index)) types of metabolism, creation of a prognostic algorithm for the development of complications.

Material and methods. This study is based on the analysis of the results of a complex clinical, instrumental and laboratory dynamic study of markers of metabolic syndrome in 154 patients with HBMI with polytrauma up to 1 year from the moment of receiving the trauma, which were undergoing treatment on the basis of the department of polytrauma and intensive care unit for patients with combined trauma of the public health institution «Professor O. I. Meshchaninov Kharkiv City Clinical Hospital of Emergency Care».

The effectiveness of the proposed treatments in the cohort of prospective, randomized, simple open-label clinical trials was conducted in patients with TD with HBMI 30.0-39.9 (grade II-III obesity). Patients who were selected to study the clinical and pathogenetic aspects of the course of TD had the same severity of the condition at the time of finding on the APACHE II scale – 10-15 points – and were divided into 3 clinical groups depending on the starting figures of anthropometric indicators and BMI.

Thus, 3 groups of patients participated in the clinical study:

– group A is group II, 84 patients (48 men, 36 women) with APACHE II score at the time of admission 13.7 ± 5.1 points, with BMI up to 30.0-39.9 (35.2 ± 3,8);

– group B – 36 people (24 men, 12 women), with APACHE II scale at the time of admission 14.8 ± 6.3 points, with BMI 30.0-39.9 (36.2 ± 3.2) to which DITA-1 was assigned;

– group C – 34 persons (20 men, 14 women), with BMI at the time of admission 30,0-39,9 (35,8 ± 3,8), with a rating on the APACHE II scale 13,9 ± 6,1 points awarded to DITA-2.

The study was conducted on 1, 3, 7, 14, 30, 90 and 360 days from the moment of injury. The control group consisted of 60 volunteers, who were initially divided into 3 groups: with a body mass index (BMI) of up to 29.9, with a BMI of 30.0-39.9

and with a BMI of 040.0. Parametric statistics methods were used to process the obtained data. The Fisher-Snedecor criterion was calculated to allow the use of the Student's t test - the ratio of the larger variance to the smaller one. Correlation analysis was used to determine the relationship between the individual parameters.

Results and discussion. It was found that the studied parameters of carbohydrate and lipid metabolism directly affect the course of TD in patients with IBMI, as well as the severity of the revealed metabolic disorders in conditions of homogeneity of injuries and the same range of their severity, depending on the APACHE II scale, depends on BMI.

The leading marker of metabolic syndrome in assessing the course of TD in patients with HBMI by exposure factors is probably ($p<0.05$) determined the level of high density lipoprotein cholesterol (HDLC). The leading marker of the endocrine function of adipose tissue in assessing the course of TD in patients with IBMI is probably ($p<0,05$) the level of leptin.

Patients with II-III degree of obesity with BMI of 30.0-39.9 were identified with the following features: the control of G abnormal numbers were likely to be exceeded on the third day, further gradual decrease with minimum values on the fourteenth day, followed by an increase from the control on the thirtieth day and exceeding it by 10 % for three hundred and sixtieth day; probable exceeding the control level of EI by 40 % on admission, exceeding it by 1.5 times on the third day of treatment, followed by wavy fluctuations and exceeding the average values on the seventh, fourteenth, thirtieth and three hundred and sixtieth days; achievement of the HOMA-IR index on the third day of control with the subsequent upward trend to the 30th day and returning to the initial level on the three hundred and sixtieth day.

We observed that patients with morbid obesity with BMI more than 40.0 had the following features: the control of G abnormalities was likely to be exceeded from day 1 to day 7, but with a decrease in control even by three hundred and sixtieth day; the EI level of the control values was exceeded during the entire examination period; during the year, the HOMA-IR index was exceeded.

In addition to standard therapy, the appointment of a drug for systemic therapy of obesity with indirect counteraction to the development of MS – metformin hydrochdoride – reduced the total percentage of hemodynamic complications by 3,4 times, thrombohemorrhagic complications by 4 times, and immuno-inflammatory complications by 3,5 times.

Conclusion. Thus, we state that the observed indicators (G, EI, HOMA-IR) directly affected the course of traumatic disease in polytrauma in patients with IBMI, the severity of which, under conditions of uniformity of injuries and the same range of severity the APACHE II scale depends on the BMI at the time of admission of patients to the hospital.

Railian M., Chumachenko T., Railian H.

OPTIMIZING ANTIBIOTIC USE IN CRISIS: A KHARKIV HOSPITAL CASE STUDY (2021–2024)

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objective. To evaluate the use of antibacterial drugs in a 60-bed hospital in Kharkiv from 2021 to 2024, amid the COVID-19 pandemic and ongoing military conflict in Ukraine. The hospital's departments included therapeutic (42 % of beds), dental (25 %), neurological (25 %), and otolaryngological (8 %).

Materials and Methods. The study analyzed statistical data on antibiotic consumption in the dental department between 2022 and 2024. The WHO AWaRe classification was used to assess the appropriateness of antimicrobial use.

Results. During 2021–2024, the hospital admitted 4,207 inpatients. The number of surgical procedures reached 1,705, with the highest volume in 2024 (557 surgeries). Most surgeries (78.5 %) were performed in the dental department, highlighting its central role in inpatient care.

Since 2022, the hospital has implemented antimicrobial stewardship measures, including prescriber education, coordination with clinical pharmacists, and use of microbiological diagnostics. As a result, there was a notable reduction in the use of

«Reserve» group antibiotics and a shift towards «Access» group drugs, indicating more rational prescribing.

Key changes in antibiotic consumption (Defined Daily Dose - DDD) from 2022 to 2024 included: Ceftriaxone: decreased from 25.9 to 1.29 DDD; Levofloxacin: decreased 4.4 to 0.43 DDD; Ciprofloxacin: increased from 2.05 to 3.4 DDD; Cefuroxime: increased from 0.83 to 2.98 DDD (Tab.1).

These trends reflect improved infection prevention and control, reduced empirical antibiotic use, and adherence to treatment guidelines.

Table 1. Antimicrobial drug usage monitoring in the hospital (2022–2024)

N	Antibacterial drug	2024	2023	2022
		Total Use / Defined Daily Dose (DDD)	Total Use / Defined Daily Dose (DDD)	Total Use / Defined Daily Dose (DDD)
1.	Ceftriaxone	245/1,29	757,5/6,7	846/25,9
2.	Cefazolin	132,3/0,69	41,7/0,37	228/6,99
3.	Cefuroxime	564,5/2,98	14,75/0,123	27/0,83
4.	Ciprofloxacin	647/3,4	171,8/1,5	67/2,05
5.	Levofloxacin	83/0,43	152/1,34	142/4,4

Conclusions. The observed decline in total antibiotic use and shift toward Access group agents suggest effective implementation of stewardship practices. These results support the continued development of antimicrobial monitoring programs, especially under crisis conditions, to reduce antimicrobial resistance risks and ensure sustainable antibiotic efficacy.

Yurko K.V., Khrystenko N.Y., Solomennyk H.O.,
Burma Ya.I., Vynokurova O.M.

DIAGNOSTIC VALUE OF CORTISOL DETERMINING IN THE BLOOD SERUM OF WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS C

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Chronic hepatitis C is a common disease with a high risk of progression to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. According to recent data, more than 70 million people worldwide are infected with the hepatitis C virus (HCV). The long-term impact of HCV infection is highly variable, ranging from minimal histological changes to severe fibrosis and cirrhosis with or without hepatocellular carcinoma. An adequate assessment of the hepatobiliary system, including the stage of fibrosis, allows not only to predict the course of chronic viral hepatitis but also to promptly prescribe etiotropic and pathogenetic treatment and evaluate its effectiveness. Therefore, diagnosing fibrosis and determining its stage in each individual patient is an important clinical task.

The liver is known to be influenced by various hormones and is directly involved in their inactivation. Chronic liver damage can lead to disruption of the endocrine system, one component of which is cortisol, a steroid hormone produced by the zona fasciculata of the adrenal cortex. Given that cortisol is metabolized in the liver, there is every reason to believe that fluctuations in its levels may reflect the liver's functional state and morphological changes.

The aim of the study was to evaluate the content of total cortisol in the blood serum of women with chronic forms of HCV infection, depending on the degree of inflammatory-necrotic changes and the stage of liver fibrosis.

Materials and methods. A total of 32 (100 %) female patients were observed, including 23 (71.88 %) patients with chronic hepatitis C (CHC) and 9 (28.12 %) patients with HCV-associated liver cirrhosis. The average age of patients was 40.11±3.05 years. In addition to standard routine biochemical parameters, all patients underwent serum total cortisol measurements using enzyme-linked immunosorbent

assay (ELISA) and were assessed for inflammatory-necrotic changes and liver fibrosis stage using the FibroMax system, as well as liver elastography. The control group consisted of 21 healthy donors. The Student's t-test, the correlation coefficient r, and the Pearson $\chi 2$ goodness-of-fit test, including for small samples, were used for statistical analysis of the obtained data. In patients with CHC, the average value of total cortisol in the blood serum was higher, and in patients with HCV-associated liver cirrhosis, it was lower than in the control group ($p<0.001$).

Results. Among the examined patients with chronic hepatitis C, the degree of activity of inflammatory-necrotic changes A0 was detected in 5 (15.62 %), A1 – in 6 (18.75 %), A2 – in 13 (40.63 %), A3 – in 8 (25 %) patients. Fibrosis stage F0 was diagnosed in 3 (9.37 %), F1 – in 6 (18.75 %), F2 – in 9 (28.13 %), F3 – in 5 (15.62 %), F4 – in 9 (28.13 %) individuals.

Correlation analysis revealed an inverse relationship between serum free cortisol levels in the examined patients and the stage of liver fibrosis ($r=-0.59$; $p<0.001$). No correlation was found between serum free cortisol levels and the degree of inflammatory-necrotic activity of CHC ($r=-0.17$; $p>0.05$).

The analysis of the obtained data according to Pearson with the calculation of the $\chi 2$ goodness-of-fit criterion proved that the content of free cortisol in the blood serum of women with CHC, which is equal to or below 150 nmol/l, indicates the presence of liver cirrhosis ($\chi 2=12.14$; $p<0.001$).

Conclusions. Serum free cortisol levels were elevated in women with chronic hepatitis C, while those with HCV-associated liver cirrhosis were decreased compared to the control value ($p<0.001$). Serum free cortisol levels in women with chronic HCV infection were inversely related to the stage of liver fibrosis ($p<0.001$). No association was found between serum free cortisol levels in women with chronic HCV infection and the degree of inflammatory-necrotic activity ($p<0.05$).

Thus, determining serum free cortisol levels in women with chronic hepatitis C can be used for the early diagnosis of liver cirrhosis as a consequence of chronic viral hepatitis.

Yurko K.V., Kozko V.M., Kucheryavchenko V.V., Yurko V.O.,
Liesna A.S., Bezmolytvena V.V.

PREDICTORS OF DEVELOPMENT OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS DISEASE

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Coronavirus disease caused by SARS-CoV-2 (COVID-19) is an acute viral disease with a predominant lesion of the respiratory tract caused by an RNA-containing virus belonging to the family of Coronaviridae. Today it is known that SARS-CoV-2 affects not only the respiratory tract, but also all organs and systems of the human body, which can cause serious consequences. There are several theories about the ways how coronavirus influences and enters the central nervous system.

Objectives. Identify predictors of neurological complications in patients with COVID-19.

Materials and methods. There were a total of 96 patients with a confirmed diagnosis of COVID-19, hospitalized in Kharkiv Regional Clinical Infectious Diseases Hospital during the period from May to November 2024.

The mean age of the patients was 54.5 ± 5.2 years. Gender composition of men and women was equal. All patients underwent computed tomography (CT) or chest X-ray (CXR) to confirm pneumonia. CT results revealed bilateral ground-glass opacities in the lungs of 42 (43.7 %) patients. CXR results of 54 (56.2 %) patients show infiltrative changes that tend to merge from one or both sides (more often), mainly in the lower lung zones. Pulse oximetry with measurement of blood saturation (SpO_2) was used to detect respiratory failure rate and assess the severity of hypoxemia.

The obtained results were processed according to the general rules of variation statistics using the Students t-test, Pearson's chi-squared test.

Results. Patients were divided into two groups depending on the severity of the disease, the degree of respiratory failure, the severity of the «cytokine storm» and the development of neurological complications.

The first group consisted of 43 patients who were hospitalized for 8.2±2.2 days from the onset of disease. The average age was 58 ± 2.3 years. Moderate to severe disease was caused by the presence of type II respiratory failure, which manifested itself in the form of: tachypnea ≤ 26 per minute, acrocyanosis, SpO_2 was <92 ± 2 %. Indicators of blood gasses were as follows: P_AO_2 - 99 ± 0.1 mm Hg; P_aO_2 - 83 ± 0.02 mm Hg; S_aO_2 - 95.6 % ± 0.04 %; P_vO_2 - 35 ± 0.2 mm Hg; a/vO_2 - 6 ± 0.1 vol.%; oxygen carrying capacity - 16 vol.%. When determining the acid-base balance in patients of the study group, there was a compensated respiratory acidosis, which was established on the basis of the obtained data: pH - 7.37 ± 0.01; pCO_2 - 50 ± 0.1 mmHg; base excess (BE) - 2.0; pO_2 - 87 ± 0.02 mmHg.

Manifestations of nervous system lesions in patients of the first group were as follows: headache - 31 (72 %); myalgia - 41 (95.3 %), shakiness when walking – 24 (55.8 %), paraesthesia of the extremities - 16 (37.2 %), anosmia and hypogeusia or ageusia - 23 (53.4 %), sleep disorders -15 (34.8 %), dizziness - 19 (44.1 %), psychomotor agitation -15 (34.8 %), aggression - 18 (41.8 %), manifestations of depression - 11 (25.5 %). When assessing consciousness on the Glasgow Coma Scale - 15-14 points. Neurological complications in the form of acute cerebrovascular disorders - 3 (6.9 %), cerebral edema - 2 (4.6 %), transient ischemic attacks – 2 (4.6 %) were observed in 7 (16.2 %) patients.

Patients of the second group (53 patients) were hospitalized for 7.1 ± 2.1 days from the onset of severe disease. The average age was - 61.1 ± 2.4 years. Respiratory failure corresponded to the type three of severity and manifested as: tachypnea ≥28 per minute, acrocyanosis and cyanosis of the fingernails, SpO_2 was <90 %. Indicators of blood gasses composition were as follows: P_AO_2 - 96 ± 0.2 mmHg; P_AO_2 - 82 ± 0.1 mmHg; S_aO_2 - 94.9 % ± 0.03 %; P_vO_2 - 33 ± 0.1 mmHg; a/vO_2 - 6 ± 0.2 vol.%; oxygen carrying capacity - 15 vol.%.

Clinical manifestations of nervous system lesions in patients of the second group were: severe headache - 46 (86.7 %), severe weakness in the extremities – 34 (64.1 %), inability to get out of bed - 28 (52.8 %), paraesthesia of the extremities - 27 (50.9 %), atrophy of the lower extremities muscles - 31 (58.4 %), anosmia and

ageusia - 19 (35.8 %), sleep disorders - 36 (67.9 %), dizziness - 26 (49 %), aggression - 41 (77.3 %), agitation - 39 (73.5 %) , manifestations of depression - 45 (84.9 %) patients. When assessing consciousness on the Glasgow Coma Scale - 14-13 points. In 11 (20.7 %) patients there were neurological complications in the form of acute cerebral disorders - 5 (9.4 %), cerebral edema - 3 (5.6 %), transient ischemic attacks - 1 (5.3 %).

According to the results of our research we established that predictors of the development of neurological complications in patients with coronavirus disease could be: Severe course of polysegmental pneumonia (SpO2 <90 %; radiological changes polysegmental bilateral ground-glass opacities; duration of respiratory therapy more than 10 days), which leads to prolonged hypoxia of the brain. The level of IL-6 - >120; CRP - > 220. Indicators of the coagulation test: D-dimer - > 7500; APTT - ≤26.6; MNO - ≤ 0.8, or visualization by ultrasound of the accumulation on the heart valves. The presence of concomitant pathology in the sub-compensation or decompensation stages (hypertension, diabetes). Age over 60 years.

Conclusions. There is a direct relationship between the development of neurological complications and the severity of respiratory failure and proinflammatory markers ($p<0.02$). Patients with COVID-19 with predictors of neurological complications need to consult a neurologist to correct additional therapy aimed at preventing neurological complications.

Yurko K.V., Solomennyk H.O., Burma Ya.I., Mohylenets O.I.

STATE OF CELLULAR AUTOIMMUNE REACTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Various autoimmune phenomena, including a wide range of organ-specific and organ-nonspecific autoantibodies, are commonly found in patients with chronic hepatitis C (CHC). However, their role in the pathogenesis of the disease remains poorly understood. Furthermore, most researchers believe that autoantibodies in

many diseases are merely a consequence of tissue destruction, not its cause, and that they serve only a «signaling» function. Sensitization of T-lymphocytes to certain autoantigens is considered the most pathogenetically significant, leading to cell damage through cytotoxic effects.

The aim of the study was to evaluate the sensitization of peripheral blood lymphocytes to liver microsomes, native and denatured DNA (n- and d-DNA) in patients with CHC with different alanine aminotransferase (ALT) activity in the blood serum.

Material and methods. 56 patients with CHC were observed. Of these, 44 (78.57 %) were men and 12 (21.43 %) were women; the average age of the patients was 32.05±2.99 years. Serum ALT activity ranged from 0.35 mmol/L•h to 9.85 mmol/L•h and averaged 3.55±0.59 mmol/L•h; in 16 (28.57 %) patients, this indicator was within the normal range, which corresponded to the latent form of the disease.

Lymphocyte sensitization was assessed using the leukocyte adherence inhibition (LAI) test. Lymphocytes isolated from heparinized blood were added to medium 199, adjusted to a concentration of 105 cells/mL, and then incubated in wells in a thermostat at 37°C in the presence and absence of liver microsomes, n- and d-DNA for 30 minutes. The suspension was then thoroughly resuspended and added in a 10 µl aliquot to the experimental and control squares on a glass slide. The mixture was then incubated for 60 minutes at 37°C. Non-adherent cells were then removed to form a hanging drop, aspirated, and washed with 50 µl of Medium 199 per square. The smears were dried, fixed with ethanol, stained with Romanovsky-Giemsa, and the number of adherent cells was counted. Galvanization index (GI) was calculated using the formula: $GI = (C-E)/C \times 100$ %, where C is the number of adherent cells in the control; E – the number of adherent cells in the experiment. The value of $GI \geq 30$ % indicates the presence of sensitization of lymphocytes to the antigen that is being tested (GI1 – to liver microsomes, GI2 – to n-DNA, GI3 – to d-DNA). The control group consisted of 19 healthy donors.

Results. In the studied patients, GI1, reflecting lymphocyte sensitization to liver microsomes, varied from 4 % to 35 % and averaged 15.63±1.37 %; GI2 (to n-DNA), with values ranging from 3.5 % to 28 %, was 17.32±1.24 %, and GI3 (to d-DNA) was 22.02±1.27 %, with the indicator fluctuating from 8.5 % to 38 %. At the same time, lymphocyte sensitization to liver microsomes (GI=35 %) was detected only in 1 patient (0.18 %), and to d-DNA in 2 (GI=34.5 % and 38 %, respectively), which amounted to 3.57 %. These indicators did not differ from similar values in the control group ($p>0.05$).

Conclusions. Thus, we were unable to establish statistically significant sensitization of peripheral blood lymphocytes to liver microsomes, n- and d-DNA based on the LAI test results in the studied patients, raising doubts about the role of these autoantigens in the development of autoimmune reactions in CHC.

Zhelezniakova N.M., Aleksandrova T.M.

EFFECTS OF S-ADENOSYL-L-METHIONINE FOR THE TREATMENT OF METABOLIC-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objective – to determine the likely effect of S-adenosyl-L-methionine (SAMe) on the clinical course, liver enzymatic activity (the levels of Aspartate aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGT), Alkaline phosphatase (ALP)), Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) activity and influence on the liver fibrosis (LF) stage in patients with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD).

Materials and methods. The examined contingent of patients consisted of 40 patients, who were divided into the following groups: the main group – 40 patients with MASLD before SAMe treatment, the comparison group – 40 patients with MASLD after treatment, the control group – 20 relatively healthy individuals. The diagnosis of MASLD was determined based on the Order of the Ministry of Health of Ukraine Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized) medical care:

«non-alcoholic steatohepatitis», the European Association for the Study of Liver Diseases (EASL, 2024), the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD, 2023). The assessment of the severity of LF was carried out according to the results of transient elastography (TE) and corresponded to the values of the international METAVIR scale.

Results. Analysis of the results of SAMe treatment in patients with MASLD demonstrated a significant reduction in such complaints as: increased fatigue, headache, general weakness, aching pain in the right hypochondrium, decreased appetite, sleep disorders and mood deterioration. After treatment, the group of studied patients reported a reduction in complaints of increased fatigue by 9 % ($p<0.01$), headache by 8 % ($p<0.05$), general weakness by 20 % ($p<0.05$), right upper quadrant pain by 11 % ($p<0.05$), sleep disturbance by 12 % ($p<0.05$) and mood worsening by 22 % ($p<0.01$).

After 5 months from the start of SAMe therapy, a significant decrease in liver cytolysis indices was observed in patients with MASLD. Thus, the mean values of AST levels in the group of patients with comorbid pathology were reduced from (56.3±10.2) IU/l to (37.2±12.5) IU/l ($p<0.01$). The mean values of ALT levels in the studied patients were also reduced from (82.3±12.4) IU/l to (51.3±11.8) IU/l ($p<0.01$). The mean values of GGT against the background of the proposed treatment decreased from (65.0±16.4) IU/l to (58.4±12.5) IU/l ($p<0.05$), and the mean values of ALP decreased from (186.6±27.9) IU/l to (164.3±17.5) IU/l ($p<0.05$).

It was also proven that 5 months after the start of SAMe use, positive dynamics were observed in the regression of NASH and liver fibrosis in the group of patients with MASLD. Thus, the number of patients in the stage of LF F1-2 decreased from 23.8 % to 15 % ($p<0.05$), the number of patients in the stage of fibrosis F0-1 decreased from 26.1 % to 17 % ($p<0.05$), the number of patients in the stage of NASH decreased from 23.8 % to 14 % ($p<0.05$). Thus, the obtained results of the SAMe treatment demonstrate the participation of this drug in the regression of the stages of MASLD.

Conclusions. The results of SAMe therapy show the improvement of the clinical course of MASLD, liver function, and the regression of the LF stage. Therefore, the inclusion of SAMe in standard therapy is an appropriate method of treatment in patients with MASLD as a pathogenetic drug with a pronounced cytoprotective, anti-inflammatory and antifibrotic effect.

ЗМІСТ

М'ясоєдов В.В., Юрко К.В., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Бондар О.Є. **НАУКОВИЙ ГЕНІЙ ІЛЛІ ІЛЛІЧА МЕЧНИКОВА** ***(до 180-ти річчя з дня народження)***	**3**
М'ясоєдов В.В., Козько В.М., Юрко К.В., Ткаченко В.Г., Граділь Г.І., Меркулова Н.Ф., Бондар О.Є., Соломенник Г.О. **СВІТЛО ДУШІ СВОЄЇ ДАРУВАЛА ЛЮДЯМ** ***(до 105-річчя від дня народження професора Т.Т. Чорної)***	**13**
Божко О.О. **ПІДГОТОВКА БОЙОВИХ МЕДИКІВ ДО РІВНЯ «АСИСТЕНТ ХІРУРГА» ЯК СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАННІХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ВІДКЛАДЕНІЙ ЕВАКУАЦІЇ**	**23**
Божко О.П., Божко О.О. **ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ ХОЛОДОВОЇ ТРАВМИ ЯК ФАКТОР ПРОФІЛАКТИКИ SIRS І БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ**	**25**
Бондар О.Є., Янішевська Л.П. **МУЛЬТИТПАРАМЕТРИЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПЕЧІНКИ «ГЕПАТОСКАН» У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ**	**27**
Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Бондаренко О.В., Марченко Н.С. **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ *ACINETOBACTER BAUMANNII*, У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**	**29**
Граділь Г.І, Юрко К.В., Могиленець О. І., Нартов П.В., Кульшин В.Є. **ГРИП А (H1N1) pdm09: ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГАЛЕКТИНУ-3 ЯК ДОДАТКОВОГО ПРОГНОСТИЧНОГО БІОМАРКЕРУ**	**33**
Жолудь В.В., Пастерюк В.Г., Соломенник Г.О. **ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ ДО РОБОТИ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЙ: ДОСВІД ПАНДЕМІЇ COVID-19**	**35**
Зубач О.О., Пестушко І.Я., Задорожний А.М., Зінчук О.М. **ВПЛИВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІЛ/СНІД НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ**	**37**
Коваленко Н.І., Новікова І.В. **ДИНАМІКА ЗМІН АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ БАКТЕРІЙ, ВИДІЛЕНИХ У ХВОРИХ НА БРОНХІТИ, ЗА П'ЯТЬ РОКІВ**	**39**
Кожин М.І., Ходош Е.М., Касєєв П.Л., Третьяк В.Л. **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТРОМБОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПОСТКОВІДНОМУ СИНДРОМІ**	**40**
Корнієнко О.О., Сюсюка В.Г., Онопченко С.П. **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІСТЕРІОЗУ У ВАГІТНОЇ**	**43**

Кротік С.С. **ІНФЕКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ: ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ**	**45**
Лесик Д.Р., Тєлєгіна Т.В., Зубач О.О., Зінчук О.М. **ВИПАДОК АДЕНОКАРЦИНОМИ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТА З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ВГС**	**47**
Литвиненко Г.Л., Єрьоменко Р.Ф., Литвинова О.М. **ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІД КАШЛЮКУ**	**49**
Лишенюк С.А., Прокопів О.В, Кармазин Г.М. **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**	**50**
Лук'яненко Т.В. **ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ТА РЕВМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ**	**52**
Могиленець О.І., Муріна М.О., Соломенник Г.О. **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА НАЗОЛАБІАЛЬНИЙ ГЕРПЕС СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ**	**55**
Ольховська О.М., Ткаченко С.О., Белоконова Л.А. **ВИПАДОК ЛЕПТОСПІРОЗУ В ДИТИНИ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**	**57**
Оніщенко Т.Є., Абакумова Є.П., Корнієнко О.О. **ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТОКСОКАРОЗУ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**	**59**
Прикуда Н., Чикайло Я., Алексанян Т., Задорожний А. **ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**	**61**
Прокопенко К.А., Божко О.О. **ТАКТИКА РАННЬОГО ВЕДЕННЯ РАН В УМОВАХ ВІДКЛАДЕНОЇ ЕВАКУАЦІЇ: АЛГОРИТМ ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ**	**64**
Сич О.Г., Любарець Т.Ф., Дзюблик Я.О. **РОЛЬ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОПОЕЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ІНТЕРСТИЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ З ФІБРОЗУЮЧИМ ФЕНОТИПОМ**	**65**
Слєпченко М.Ю., Ольховська О.М., Колесник Я.В. **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОРОСТИ У ДИТИНИ НА ТЛІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ**	**67**
Супліченко М.В., Божко О.О. **ВИБІР АНТИБІОТИКА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ПРОПОЗИЦІЇ ДЛЯ УКРАЇНСЬКОГО ТЕАТРУ БОЙОВИХ ДІЙ**	**69**
Тарамак Л.В. **ЗНАЧИМІСТЬ РІВНЯ КОРТИЗОЛУ ТА IL-6 У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ**	**71**

Тєрьошин В.О., Гаврилов А.В. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНОЮ ДІАРЕЄЮ**	**72**
Тєрьошин В.В. **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВРАЗЛИВИМИ ГРУПАМИ НАСЕЛЕННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**	**74**
Тєрьошина І.Ф. **ЩОДО ДЕЯКИХ ПИТАНЬ ПСИХООСВІТИ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**	**75**
Удовиченко А.О., Сердюк Н.О., Кучеренко Б.Ю. **ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ЕКСТРЕНІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ: ПОТЕНЦІАЛ ДЛЯ ПЕРЕДГОСПІТАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ**	**78**
Цико О.В. **ЕТІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗБУДНИКІВ БАКТЕРІЙНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ**	**80**
Шкондіна О.Ф. **ГЛОБАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДОЛАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**	**81**
Шкондіна О.Ф. **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ**	**83**
Юрко К.В., Кучерявченко В.В., Козько В.М. **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГРВІ В УКРАЇНІ**	**85**
Юрко К.В., Могиленець О.І., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Кухар Д.І., Нартов П.В., Танчук Ю.В., Шульга Д.І., Мелікідзе М.С., Морока Р.К. **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ У ВАКЦИНОВАНИХ ТА НЕВАКЦИНОВАНИХ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ХВОРИХ НА COVID-19**	**88**
Юрко К.В., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Щасна І.О. **СИРОВАТКОВИЙ МАМОТРОПІН ЯК БІОМАРКЕР ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ HCV-ІНФЕКЦІЇ**	**91**
Katsapov D., Krokhmal H., Pavlenko N. **CLINICAL CASE OF SEVERE COVID-19 DISEASE ON THE BACKGROUND OF GENERALIZED MYASTENIA GRAVIS**	**93**
Kolesnyk Ya.V., Olkhovska O.M., Sliepchenko M.Yu. **CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PROLONGED COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN**	**95**

Kucheriavchenko V.V., Blagoveshchenskiy E.V., Odinets I.Yu., Yurko K.V., Kursov S.V., Matvieienko M.S., Burma Ya.I. **MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS OF TRAUMATIC DISEASE IN PATIENTS WITH INCREASED BODY MASS INDEX**	**97**
Railian M., Chumachenko T., Railian H. **OPTIMIZING ANTIBIOTIC USE IN CRISIS: A KHARKIV HOSPITAL CASE STUDY (2021–2024)**	**100**
Yurko K.V., Khrystenko N.Y., Solomennyk H.O., Burma Ya.I., Vynokurova O.M. **DIAGNOSTIC VALUE OF CORTISOL DETERMINING IN THE BLOOD SERUM OF WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS C**	**102**
Yurko K.V., Kozko V.M., Kucheryavchenko V.V., Yurko V.O., Liesna A.S., Bezmolytvena V.V. **PREDICTORS OF DEVELOPMENT OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS DISEASE**	**104**
Yurko K.V., Solomennyk H.O., Burma Ya.I., Mohylenets O.I. **STATE OF CELLULAR AUTOIMMUNE REACTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**	**106**
Zhelezniakova N.M., Aleksandrova T.M. **EFFECTS OF S-ADENOSYL-L-METHIONINE FOR THE TREATMENT OF METABOLIC-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE**	**108**

МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ – 2025

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(7 листопада 2025 року, м. Харків)

Відповідальна за випуск Юрко К.В.

Підписано до друку 21.10.2025. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк ризограф.
Ум.-друк. арк. 5,0
Наклад 100 прим.

ХНМУ, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4

Друк ФОП Заночкин Д.Л.
м. Харків, вул. Георгія Тарасенка, 16