

SCI-CONF.COM.UA

**INNOVATIVE DEVELOPMENT
OF SCIENCE, TECHNOLOGY
AND EDUCATION**



**PROCEEDINGS OF V INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
FEBRUARY 15-17, 2024**

**VANCOUVER
2024**

13. *Литвиненко О. О., Литвиненко О. О.* 84
ЗАХВОРЮВАННЯ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В РЕЗУЛЬТАТІ РАДІАЦІЙНИХ ІНЦИДЕНТІВ
14. *Литвиненко О. О., Литвиненко О. О.* 94
ІОНІЗУЮЧЕ ВИПРОМІНЮВАННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
15. *Малик Н. В., Баришева Д. В., Топчий А. С.* 104
ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ ЯК ОСНОВНИЙ НАСЛІДОК ПАНДЕМІЇ COVID-19
16. *Сергєєва Л. В.* 108
ОЦІНКА РОБОТИ СЕРЦЯ ПІД ЧАС ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ
17. *Сльоз Д. В., Голозубова О. В.* 114
ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З НАБУТИМ СИНДРОМОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ
18. *Черенько Т. М., Коваленко О. О.* 117
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА ЧИННИКИ ЙОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ
19. *Шпак В. А., Білик О. А., Давиденко О. М.* 125
ПЕРВИННЕ ІНФІКУВАННЯ ВЕБ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ: КОРОТКИЙ ОГЛЯД ОСОБЛИВОСТЕЙ

PHARMACEUTICAL SCIENCES

20. *Сологуб В. А., Матіко В. І.* 131
ПІДБІР КОМПОНЕНТІВ ТВЕРДОГО ШАМПУНЮ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РОСТУ ВОЛОССЯ

CHEMICAL SCIENCES

21. *Шматенко В. А.* 139
МОДЕЛЮВАННЯ ВИРОБНИЦТВА БІОМЕТАНУ ШЛЯХОМ ЗМІНИ ВИТРАТИ БІОГАЗУ ТА АБСОРБУЮЧОГО СКЛАДУ

TECHNICAL SCIENCES

22. *Cheverda A., Artym V.* 153
OPTIMIZATION OF RESOURCE PLANNING AND SERVICING OF SUCKER ROD PUMPING UNITS USING BIM TECHNOLOGIES
23. *Danyliuk N., Artym V.* 160
BIM-TECHNOLOGIES IN THE OIL AND GAS INDUSTRY. NECESSITY OR LUXURY?
24. *Vasylenko O.* 166
FEATURES OF INFORMATION TECHNOLOGIES AT LESSONS ON "DRAWING GEOMETRY AND COMPUTER GRAPHICS"

ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З НАБУТИМ СИНДРОМОМ ІМУНОДЕФЦИТУ

Сльоз Діана Владиславівна,
студентка
Голозубова Олена Валеріївна
к.мед.н. асистент кафедри загальної
практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Харківський національний медичний університет
Харків, Україна

Вступ. Інфекції з ураженням нервової системи, незважаючи на антиретровірусну терапію, до сьогодні залишаються вагомою причиною смертності у ВІЛ-позитивних пацієнтів. Їх діагностика утруднена через неспецифічність методів діагностики цереброспінальної рідини та візуалізації головного мозку. Тому особливо важливо при наданні паліативної допомоги хворим на СНІД звертати увагу на клінічну симптоматику та якомога раніше діагностувати приєднання опортуністичної інфекції.

Головна **мета** цієї роботи полягає в ретроспективному аналізі клінічних випадків опортуністичних інфекцій з ураженням нервової системи в хворих на СНІД, які опубліковані в вітчизняних та зарубіжних медичних виданнях, для визначення типічної клінічної картини даних захворювань.

Результати. Базуючись на публікаціях в медичних літературних джерелах можна розглянути кілька найчастіше виникаючих захворювань, а саме токсоплазмозний енцефаліт, первинна лімфома ЦНС, прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ), криптококовий менінгіт та цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція.

Токсоплазмозний енцефаліт. У хворих на СНІД токсоплазмоз зазвичай проявляється як вогнищевий енцефаліт з головним болем (54%), сплутаністю свідомості (51%), і лихоманкою (48%), вогнищева неврологічна симптоматика виявлена у 67% пацієнтів. Загальні прояви включають судоми та фокальні

порушення, такі як геміпарез, геміплегія, втрата чутливості з одного боку, мозочковий тремор, дефекти поля зору, паралічі черепних нервів та афазія.

Первинна лімфома центральної нервової системи. ПЛЦНС частіше вражає чоловіків, ніж жінок із середнім віком 30-35 років. Зміни психічного стану відбуваються в 53% хворих, неврологічний дефіцит у 51% і 14% мають місце симптоми підвищення внутрішньочерепного тиску в тому числі головний біль, нудота, блювання.

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія. ПМЛ зазвичай виникає у пацієнтів із кількістю CD4 - нижче 200 клітин/мм³. Демієлінізацію білої речовини призводить до когнітивних порушень і вогнищевої неврологічної симптоматики. Загальні ознаки включають афазію, порушення зору, м'язову слабкість, геміпарез і нестабільність ходи. Початок гострий, прогресування від тижнів до місяців з можливим прогресуванням до деменції з подальшою комою та смертю.

Криптококовий менінгіт. Симптоми криптококозу ЦНС зазвичай протікають підгостро протягом 3 тижнів і зазвичай включають головний біль, лихоманку та нездужання. Спостерігається підвищення внутрішньочерепного тиску; енцефалопатичні симптоми, такі як зміни особистості, млявість, амнезія або змінена поведінка. Класичні менінгеальні симптоми ригідності потиличних м'язів та світлобоязнь виникають лише у 26–35%.

Цитомегаловірусне неврологічне захворювання, пов'язане зі СНІДом. Неврологічні прояви ЦМВ-інфекції включають деменцію, вентрикулоенцефаліт і полірадикуломієлопатії. Деменція внаслідок ЦМВ-енцефаліту характеризується мікрогліальними вузликами і зазвичай проявляється лихоманкою, млявістю та сплутаністю свідомості. Дослідження спинномозкової рідини виявляє плеоцитоз з переважанням лімфоцитів, рівень глюкози від низького до нормального та підвищений білок. ЦМВ-вентрикулоенцефаліт спостерігається на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції та проявляється підгостро втратою когнітивних функцій, пов'язаною з апатією. СМР демонструє плеоцитоз з переважання мононуклеарів, низький рівень глюкози та підвищений вміст білка; проте в

деяких випадках ліквор може бути не зміненим.

Висновок. Найчастішими опортуністичними інфекціями є токсоплазмовий енцефаліт, первинна лімфома ЦНС, прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ), криптококовий менінгіт, цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція. Оскільки специфічного лікування ще не розроблено для більшості з вищезазначених ускладнень вкрай необхідно надавати перевагу профілактиці та ранній діагностиці цих станів.