



ХМЕЧНИКОВ READINGS
Kharkiv
International
Infectious
Diseases
Conference



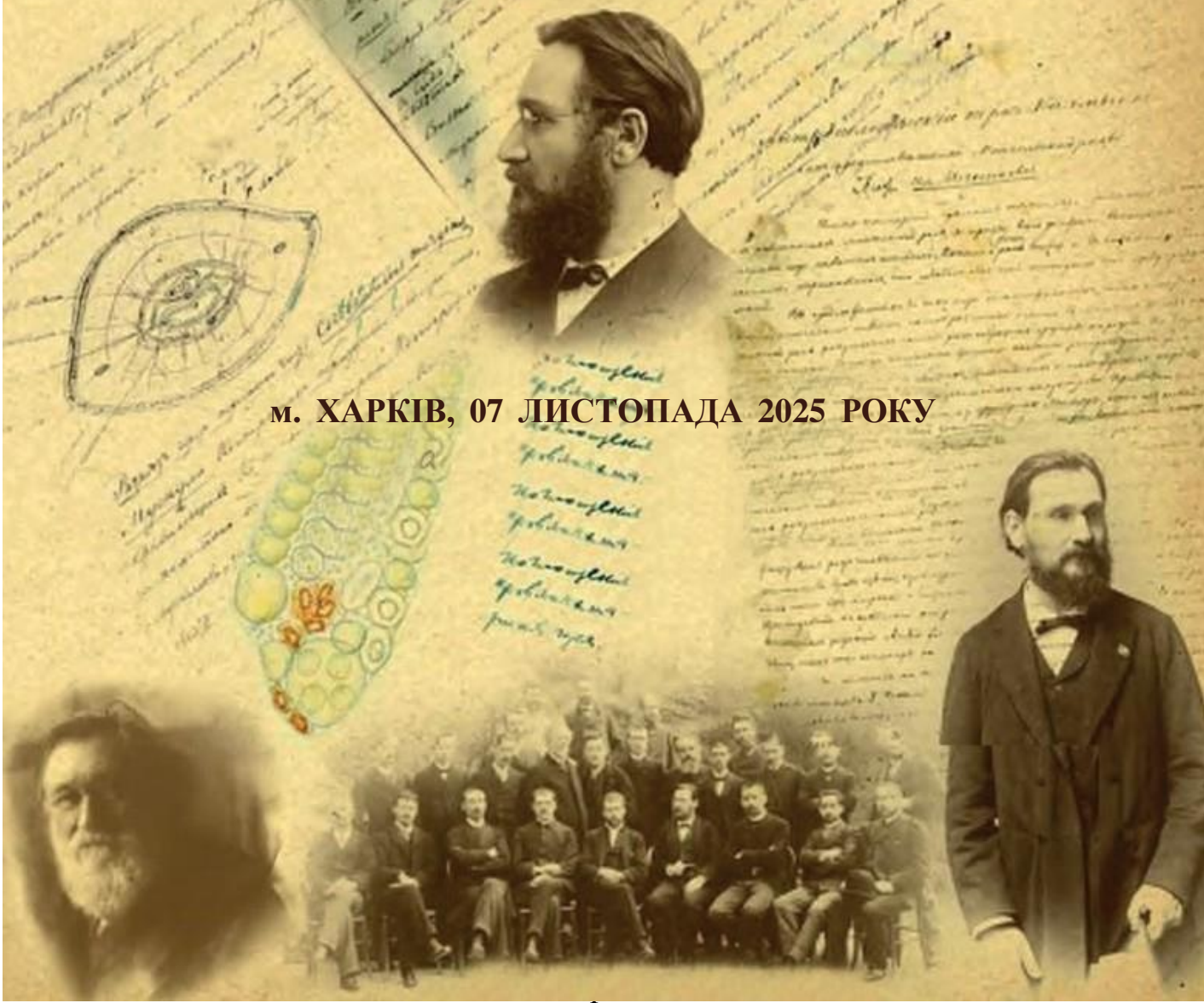
OpenLika**r**

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

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 амоксицивалу 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 залишились на рівні 27-28 % чутливих штамів для цефтриаксону і 33-43 % – для цефепіму.

Висновки. За п'ять років спостереження відбулося збільшення кількості резистентних штамів грампозитивних 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* - амоксицивал, 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

¹Національний медичний університет, м. Харків, Україна

²Військово-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, тромболісис при масивній ТЕЛА, ендотеліопротективна терапія (статици, 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.

ЗМІСТ

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