



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**86 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»**

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕСПІРАТОРНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ: ВИКЛИКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ОРІЄНТИРИ	99
<i>Гура І.А., Онуфрійчук Д.О.</i>	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ В СПИНІ СЕРЕД ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА АСИСТЕНТІВ СТОМАТОЛОГА	100
<i>Кранівін К.С.</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: АНАЛІЗ ІЗОЛЬОВАНИХ ШТАМІВ ЗА 2025 РІК	101
<i>Корнута Д.В., Рошканюк А.В.</i>	
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОТИПІВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ТЯЖКОСТІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ	102
<i>Туряниця С.Д.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ГАРЯЧКИ ДЕНГЕ ТА ЗАХІДНОГО НІЛУ У ЗВ'ЯЗКУ З ГЛОБАЛЬНИМИ КЛІМАТИЧНИМИ ЗМІНАМИ	103
<i>Вакуленко А.І.</i>	
ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУС: ЛАТЕНТНА ІНФЕКЦІЯ ТА ОНКОГЕННИЙ ПОТЕНЦІАЛ	104
<i>Гришко А.С.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ: СУЧАСНА ПРОБЛЕМАТИКА	105
<i>Сорока Д.Ю., Мальована А.О., Любечко О.В.</i>	
ХВОРОБА ЛАЙМА ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОРЕДИКУЛОПАТІЇ	106
<i>Кранівін К. С.</i>	
САНІТАРНО-МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПИТНОЇ ТА ПОВЕРХНЕВОЇ ВОДИ М. ЗАПОРІЖЖЯ В УМОВАХ ВОЄННО-ТЕХНОГЕННОГО ВПЛИВУ	107
<i>Іващенко А.Є., Шапошникова К.А., Крупей К.С.</i>	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ІШЕМІЧНИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ВАЛІДОВАНИХ ПРОГНОСТИЧНИХ ШКАЛ CHA ₂ DS ₂ -VASC ТА HAS-BLED У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІНФЕКЦІЙНО-АСОЦІЙОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ	108
<i>Бабій Н.В., Цанко С.А.</i>	
ВПЛИВ ТЕМПЕРАТУРИ НА МІКРОБНУ КОНТАМІНАЦІЮ СВІЖОГО М'ЯСА	109
<i>Гуліна О.С., Зарівчацька Є.А.</i>	
CRISPR-CAS СИСТЕМИ ЯК АДАПТИВНИЙ ІМУНІТЕТ ПРОКАРІОТІВ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ	110
<i>Ластівка В.І.</i>	
ГЕРПЕСВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ТА ЇЇ РЕАКТИВАЦІЯ В УМОВАХ СТРЕСУ В УКРАЇНІ	111
<i>Блідун В. І., Ганіна С.Ю., Устименко О.С.</i>	
КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ ЯК БІОМАРКЕР РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	112
<i>Ковальчук М.В.</i>	
РОЛЬ TOLL-LIKE РЕЦЕПТОРІВ У МЕХАНІЗМАХ ФОРМУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	113
<i>Боднарук Б.Б., Касіяник С.М.</i>	
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ТА СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ COVID-19 І ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ	114
<i>Ткаченко І. С.</i>	
СТАН ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ТА РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО ВАКЦИНОКЕРОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ	115
<i>В.В. Дейнеко, Л.В. Гнізділова.</i>	
АНАЛІЗ ВИПАДКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА КРИПТОКОКОВИЙ МЕНІНГІТ	116
У ВІЛ – ІНФІКОВАНОГО ПАЦІЄНТА	116
<i>Глузман Є.В.</i>	
УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПОСТКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СКАЗУ У ДОРΟΣЛИХ: ПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ДОСВІДІВ В УКРАЇНСЬКУ ПРАКТИКУ В УМОВАХ ВІЙНИ	117
<i>А.С. Дем'янюк, Х.С. Дегтяренко</i>	
ЕФЕКТИВІСТЬ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	118
<i>Вишнякова М.А. Волощук І.І.</i>	

АНАЛІЗ ВИПАДКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА КРИПТОКОКОВИЙ МЕНІНГІТ У ВІЛ – ІНФІКОВАНОГО ПАЦІЄНТА

Глузман Є.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Оніщенко Т.Є.

Кафедра інфекційних хвороб

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Криптококоз є найпоширенішою, дисемінованою, інвазивною грибковою інфекцією, яка виникає у людей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією і яка входить в трійку найбільш небезпечних для життя опортуністичних інфекцій у хворих на СНІД. Захворювання на криптококоз у пацієнтів з імунodefіцитом розвивається внаслідок реактивації латентної хронічної інфекції, яка спричинена грибами виду *C. neoformans* або *C. Gattii*. Менінгіт є найбільш поширеною формою криптококозу у пацієнтів із прогресуючою імуносупресією.

Мета дослідження. Вивчити особливості розвитку і клінічний перебіг криптококового менінгіту у пацієнта хворого на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали та методи: проаналізувати результати клініко-лабораторного обстеження пацієнта хворого на криптококовий менінгіт з IV стадією ВІЛ-інфекції.

Отримані результати: Хворий Ш., 31 рік, госпіталізований до КНП ЗОІКЛ 04.03.2026 р. з діагнозом ВІЛ-інфекція IV клінічна стадія. Дисемінована форма. Криптококовий менінгіт. При госпіталізації скарги на погіршення стану упродовж місяця у вигляді прогресуючої загальної слабкості, лихоманки, головного болю, нудоти, блювоти, світлобоязні, запаморочення.

Пацієнт захворів 04.02.2026 з підвищення температури до 38°C, появи слабкості, головного болю, інтенсивність якого поступово збільшувалася. До лікаря не звертався. 11.02. 26 посилювався головний біль, з'явилися нудота, блювота, температура тіла підвищилася до 39,8°C. 17.02.26 пацієнт звернувся до сімейного лікаря, приймав жарознижувальні, амізон, азитроміцин 3 дні. На КТ ГМ 18.02.26 - ознак вогнищевої патології не виявлено. Стан хворого не покращувався, 04.03 був госпіталізований в КНП ЗОІКЛ.

Пацієнт знаходиться на «Д» обліку у поліклінічному відділенні КНП «ЗОІЛ» з 09.02.2024р. з діагнозом В20, I клінічна стадія, безсимптомний перебіг, вміст СД4 – 56кл/мкл, ВН – 299686 РНК копій /мл. Була призначена ВАПТ (DTG/3ТС/TDF). Через 2міс., у зв'язку з низькою прихильністю до лікування ВІЛ-інфекції, пацієнт відмовився від лікування.

У відділенні стан пацієнта важкий, обумовлений інтоксикацією, лікворно-гіпертензійним та менінгеальним синдромом. Пацієнт високо лихоманить, скаржиться на сильний головний біль розпираючого характеру, запаморочення, світлобоязнь, багаторазову блювоту, слабкість, відмову від їжі.

Обстеження та лікування хворого проводилось відповідно до Наказу МОЗ України № 1583 від 17.10. 2025 р. «Стандарт медичної допомоги, профілактики, діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і супутніх інфекційних захворювань у людей, які живуть з ВІЛ»

При обстеженні у: ЗАК від 26.02. лейкоцити - $3,9 \times 10^9$ /л, еоз – 1, п\яд, 5, с\яд 84, л\ф 7, м3, ШОЕ 50 мм\год; гл. 5,5 ммоль\л, СРП- 31,4. Сечовина 3,9. Креатинін – 84,3. ПТІ-120, фібриноген- 4,85, МНО-0,82. вміст СД4 – 7кл/мкл, ВН – 700212 РНК копій /мл. З крові та ліквору (бактеріологічно, ПЛР) виявлений *Cryptococcus neoformans*, у лікворі криптококовий антиген позитивний у титрі 1:640. Ліквор 04.03.26 – колір – б\б, прозорий, р. Панді +, протеїн – 0,198, глюк. 2,5, хлориди – 107, цироз -85кл, клітковий склад – 100% лімфоцити.

Хворий отримав лікування: флуконазол - 1200мг на добу (індукційна стадія терапії), бісептол, ізоніазид, патогенетичну терапію. Для зниження ВЧТ проводилися люмбальні пункції 3-2 рази на тиждень упродовж 3х тижнів за потребою. Призначення ВАРТ було відкладено на 4-6 тижнів для профілактики СВІС.

Таким чином, наявність особливостей та умов розвитку, клінічних проявів і перебігу захворювання, труднощі у лікуванні криптококової інфекції на тлі прогресуючої дисфункції імунної системи потребує подальшого вивчення.

УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПОСТКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СКАЗУ У ДОРОСЛИХ: ПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ДОСВІДІВ В УКРАЇНСЬКУ ПРАКТИКУ В УМОВАХ ВІЙНИ

А.С. Дем'янюк, Х.С. Дегтяренко

Науковий керівник: доц. Романчук К.Ю.

Кафедра інфекційних хвороб

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз сучасних європейських та вітчизняних підходів до антирабічної допомоги та обґрунтувати впровадження оновленого Стандарту (2026) як стратегічного інструменту подолання епідеміологічних викликів воєнного стану.

Матеріали та методи: Матеріалом дослідження слугували статистичні звіти ЦГЗ МОЗ України щодо захворюваності на сказ, рекомендації ВООЗ (WHO Expert Consultation on Rabies, third report). Застосовано метод порівняльного контент-аналізу положень Наказу МОЗ №205 та оновленого Стандарту медичної допомоги «Сказ» (2026). Порівняння проводилося за критеріями: обсяг первинної обробки рани, наявність протипоказань до вакцинації, схеми імунізації (режим введення доз) та техніка застосування антирабічного імуноглобуліну на відповідність протоколам ЄС та ВООЗ.

Отримані результати: Оновлені підходи до профілактики сказу в дорослих базуються на кількох принципових змінах. По-перше, перед обробкою рани тепер рекомендується місцеве знеболення: це дозволяє лікарю ретельно промивати місце укусу протягом 15 хвилин, що є критично важливим для видалення вірусу. По-друге, сучасні стандарти України (2026) та ЄС наголошують, що жодні хронічні хвороби не є протипоказанням до вакцинації, оскільки щеплення проводиться за життєвими показаннями. Суттєво спростився графік імунізації: замість затяжних курсів впроваджено 4-дозову схему Essen (0, 3, 7 та 14-ий день) або швидку схему Zagreb. Важливою зміною є спосіб введення антирабічного імуноглобуліну: тепер його вводять виключно шляхом локальної інфільтрації в рану та навколо неї, тоді як раніше частину препарату вводили внутрішньом'язово. Оскільки в Україні частіше використовують гетерологічний (кінський) імуноглобулін (на відміну від людського в ЄС), обов'язковим етапом залишається проба на чутливість.

Висновки: Впровадження в Україні Стандарту 2026 року знаменує перехід від застарілих методик до прогресивної європейської моделі постконтактної профілактики, що має стратегічне значення для системи охорони здоров'я. В умовах воєнної дестабілізації епізоотичної ситуації та стрімкого зростання кількості випадків інфікування через контакти з хворими тваринами, оптимізація схем імунізації до 4-дозового режиму та пріоритет локальної інфільтрації антирабічного імуноглобуліну стають ключовими інструментами раціонального використання ресурсів без втрати рівня біологічного захисту. Враховуючи абсолютну летальність рабічної інфекції після появи клінічних симптомів, гармонізація вітчизняних протоколів із міжнародними стандартами є фундаментальним фактором забезпечення епідеміологічної безпеки та збереження життя.