УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ДУ «ІНСТИТУТ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТОКСИКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ МІКРОБІОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ
ім. І.І. МЕЧНИКОВА НАМН УКРАЇНИ»
ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТОВ «ЮСТОН ІНФО»

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ



2026 10 вересня

КИЇВ, ХАРКІВ

YUSTON інфо LTD

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ДУ «ІНСТИТУТ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ТОКСИКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ МІКРОБІОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ ІМ. І.І. МЕЧНИКОВА НАМН УКРАЇНИ»
ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТОВ «ЮСТОН ІНФО»

ПРАКТИЧНА МЕДИЦИНА ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

10 вересня 2026 року

Київ-Харків

УДК 614.2: 615.01:616.9:616-022:616-093: 632.938: 579.6
П69

П69 **Практична медицина військового часу: матеріали науково-практичної конференції (10 вересня 2026 року, Київ-Харків)**. – © ТОВ "Юстон Інфо", 2026. – 44 с.

ISBN 978-617-8967-08-6.

Матеріали конференції містять тези доповідей за результатами наукової роботи дослідників та спеціалістів-практиків України щодо широкого спектру актуальних проблем медичного забезпечення Збройних Сил України та населення України у сучасних умовах. Для фахівців усіх лікарських спеціальностей та науковців, які працюють в зазначених галузях медичної, біологічної та фармацевтичної науки, середнього медичного персоналу та парамедиків.

За достовірність викладених наукових даних відповідальність несуть автори.

УДК 614.2: 615.01:616.9:616-022:616-093: 632.938: 579.6

ISBN 978-617-8967-08-6

© ТОВ "Юстон Інфо", 2026

ity, in line with modern de-escalation principles.

Antimicrobial treatment should be initiated promptly when bacterial CAP is suspected and selected according to disease severity, comorbidities, previous antibiotic exposure, local resistance patterns, and risk factors for methicillin-resistant Staphylococcus aureus or Pseudomonas aeruginosa. Beta-lactams remain a key component of treatment and are often combined with a macrolide in hospitalized patients or those with severe disease. Respiratory fluoroquinolones may be alternatives in selected patients. Atypical pathogens require agents with intracellular activity, and antiviral therapy is indicated when a treatable viral etiology, particularly influenza, is confirmed or strongly suspected.

Contemporary antimicrobial stewardship favors the narrowest effective regimen, timely de-escalation, and shorter treatment courses once clinical stability has been achieved. Treatment response should be reassessed after approximately 48–72 hours. Improvement in fever, respiratory symptoms, hemodynamic status, and oxygenation supports continuation or simplification of therapy. A lack of response requires reconsideration of the diagnosis, a search for complications or resistant pathogens, and evaluation of non-infectious conditions that may mimic pneumonia. Switching from parenteral to oral antibiotics after stabilization can reduce the need for invasive treatment and shorten hospital stays without compromising efficacy.

Supportive care includes controlled oxygen therapy for hypoxemia, careful fluid administration, management of bronchial obstruction when present, and timely escalation of respiratory support in acute respiratory failure.

Thus, modern CAP management combines early diagnosis, objective severity assessment, selective microbiological investigation, timely empirical therapy with pathogen-directed adjustment, and systematic evaluation of treatment response. Validated risk scores, individualized clinical judgment, rational antimicrobial use, step-down therapy, and appropriate respiratory support can improve patient safety, reduce unnecessary hospitalization and antibiotic exposure, and improve clinical outcomes.

Бабаджан В.Д., Жеребкін В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПРИ LONG COVID-СИНДРОМІ

Харківський міжнародний медичний університет, м. Харків, Україна

Попри значне зменшення глобального впливу гострої фази пандемії COVID-19, довготривалі наслідки інфекції SARS-CoV-2 залишаються актуальною проблемою як для населення України загалом, так і для військовослужбовців, зважаючи на суттєвий вплив несприятливих зовнішніх факторів

на імунологічні механізми функціонування організму в умовах бойових дій. Лабораторні дослідження при Long COVID спрямовані на виявлення низькоінтенсивного системного запалення, автоімунізації, ендотеліальної дисфункції та персистенції вірусного антигену. Найбільш важливими групами показників лабораторного скринінгу Long COVID є такі:

1. *Маркери системного запалення та ендотеліопатії:* високочутливий С-реактивний білок (hs-CRP), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), сироватковий феритин; розчинні молекули судинної адгезії 1-го типу (VCAM-1), ICAM-1 та Е-селектин як маркери активації ендотелію.

2. *Коагулограма та маркери мікротромбоутворення:* D-димер, фібриноген, фактор Віллебранда (vWF); оцінка наявності амілоїдних мікротромбів (microclots) у плазмі за допомогою флуоресцентної мікроскопії з маркуванням тіофлавіном Т.

3. *Персистенція вірусного антигену*: визначення вірусного Spike-білка (S1/RBD) та N-білка у плазмі крові за допомогою ультра чутливих методів (Simoa / ELISA); дослідження РНК SARS-CoV-2 методом ПЛР у стулі при шлунково-кишкових симптомах.

4. *Імунофенотипування та цитокіновий профіль*:

– профіль цитокінів: рівні IL-6, TNF-α, IFN-γ, IL-17A, IL-1β;

– проточна цитометрія: оцінка виснажених фенотипів CD8+ Т-клітин (PD-1+, TIM-3+, HLA-DR+), рівня регуляторних Т-клітин (CD4+ CD25high FoxP3+) та атипових В-клітин пам'яті (DN2: IgD- CD27- CXCR5-).

5. *Автоімунний панельний скринінг*: антинуклеарні антитіла (ANA), антитіла до двоспіральної ДНК (anti-dsDNA), антифосфоліпідні антитіла; специфічні автоантитіла до G-білок-сполучених рецепторів (GPCR-антитіла) до β1/β2-адренорецепторів та М2/М3-мускаринових ацетилхолінових рецепторів (при синдромі Long COVID та дизавтономії).

6. *Панель оцінки цілісності та проникності кишкового бар'єра*: сироватковий зонулін, I-FABP (Intestinal Fatty Acid-Binding Protein / FABP2) у сироватці, антитіла IgG до оклудину та IgA до клоудину, тест проникності (визначення співвідношення лактулози/манітолу у сечі).

7. *Панель ендотоксинемії та транслокації ЛЗБ*: співвідношення ліпополісахарид-зв'язуючого білка / ЛПС (ліпополісахарид сироватки), розчинний CD14 (sCD14), EndoCab IgM, IgG, IgA (anti-endotoxin core antibodies – антитіла до ядра ліпополісахариду), кількісне визначення ЛПС (грамнегативного ендотоксину) у плазмі крові.

8. *Панель оцінки кишкового запалення та мукозального імунітету*: фекальний кальпротектин, фекальний лактоферин, секреторний IgA у калі (sIgA).
9. *Панель оцінки мікробіому та його метаболітів*: метагеномне секвенування калу (mNGS / 16S rRNA) – виявляє дефіцит продуцентів бутирату (*Faecalibacterium prausnitzii, Roseburia, Eubacterium rectale, Bifidobacterium spp.*) та надмірний ріст патобіонтів (*Ruminococcus gnavus, Enterobacteriaceae*); коротколанцюгові жирні кислоти у калі, органічні кислоти сечі – метаболіти бактеріального походження (D-лактат, індикан, HPHPA), що вказують на синдром надмірного бактеріального росту (SIBO) у тонкому кишечнику.

Сформований за результатами лабораторного обстеження імунологічний профіль може слугувати основою для індивідуалізованого патогенетичного підходу до терапії:

– високий рівень S-білка → нейтралізуючі моноклональні антитіла;
– підвищений зонулін та ознаки порушення кишкового бар'єра → модулятори щільних контактів (зокрема ларазотид ацетат);
– наявність GPCR-аутоантитіл → внутрішньовенний імуноглобулін;
– Т-клітинне виснаження/нейрозапалення → низькодозовий налтрексон;
– Високі VCAM-1/мікротромби → сулодексид, L-аргінін з вітаміном С, антиагреганти;
– гіперцитокінемія (IL-6, IFN-γ) → інгібітори JAK-кіназ або антагоністи IL-6 (тоцилізумаб).

Висновки:

1. Long COVID є мультифакторним захворюванням, зумовленим персистенцією вірусного антигену, хронічним цитокіновим запаленням, автоімунізацією, ендотеліопатією та кишковим дисбіозом. Відсутність єдиного патогномонічного показника вимагає застосування мультипараметричних імунологічних та судинних панелей.
2. Застосування методів Simoa та високочутливого ELISA для виявлення Spike-білка у плазмі, а також проточної цитометрії для оцінки імунофенотипу Т-лімфоцитів (зокрема виснажених фенотипів $CD8^+$ з експресією $PD\text{-}1^+$, $TIM\text{-}3^+$, активованих HLA-DR+ клітин та зниження рівня $CD4^+$ $CD25^{high}$ $FoxP3^+$ Treg) дозволяє підтвердити наявність вірусних резервуарів і стан імунного виснаження.
3. Діагностика автоімунного компонента при Long COVID потребує визначення ANA, anti-dsDNA, антифосфоліпідних антитіл, а також аутоантитіл до G-білок-сполучених рецепторів (GPCR-антитіл) до $\beta1/\beta2$-адренорецепторів та M2/M3-мускаринових рецепторів.

Визначення сироваткового зонуліну, I-FABP, маркерів системної відповіді на бактеріальний ендотоксин (ЛПС, EndoCabs, sCD14), фекального кальпротектину та метагеномний аналіз мікробіому дозволяють верифікувати синдром підвищеної проникності кишечника та можливі тригери системного нейрозапалення.

ЗМІСТ

Андреєва І.Д., Осолодченко Т.П., Мартинов А.В., Завада Н.П.
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ НОВИХ ДИНАМІЧНИХ ПОХІДНИХ СТРЕПТОМІЦИНУ ЩОДО ЕКСТЕНСИВНО РЕЗИСТЕНТНОГО ШТАМУ *ACINETOBACTER BAUMANNII*, ВИЛУЧЕНОГО У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ 3

Андреєва І.Д., Осолодченко Т.П., Батрак О.А., Рябова І.С.
ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ЕФЕКТІВ НОВИХ ДИНАМІЧНИХ ПОХІДНИХ СТРЕПТОМІЦИНУ СТОСОВНО ПОЛІРЕЗИСТЕНТНОГО ШТАМУ *ENTEROCOCCUS FAECALIS* 4

Волянський А.Ю., Смілянська М.В., Дідоренко Т.П., Кучма І.Ю., Давиденко М.Б.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ В УКРАЇНІ 5

Данко Е.М.
ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ 7

Деркач С.А., Скляр Н.І., Дяченко В.Ф., Марющенко А.А., Куцай Н.М.
МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БОЙОВИХ УРАЖЕННЯХ 8

Євсюкова В.Ю., Довга І.М., Христян Г.Є., Носальська Т.М., Косілова О.Ю.
ПРОТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ ОЛІЇ КОНОПЛЯНОЇ СОРТУ ГЛЯНА ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ 10

Калініченко С.В., Бірюков М.С., Мінухін В.В., Кордон Т.І., Дубініна Н.В.
ОСОБЛИВОСТІ РАНОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 11

Кириченко І.І., Похил С.І., Тимченко О.М., Чигиринська Н.А., Костиря І.А.
ЧУТЛИВІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ *BLASTOCYSTIS SP.* ДО РІЗНИХ ТИПІВ ПРОБІОТИКІВ: *IN VITRO* ДОСЛІДЖЕННЯ 13

Книш О.В., Мартинов А.В., Батрак О.А., Скляр Н.І., Осолодченко Т.П.
ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СПОРОВИХ ПРОБІОТИКІВ ТА ЇХНІХ БАКТЕРІОЦИНІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ДІАРЕЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 14

Крижановська А.В., Жорняк О.І., Колодій С.А., Буркот В.М.
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЧУТЛИВОСТІ ГРАМНЕГАТИВНИХ БАКТЕРІЙ У ПОРАНЕНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ 16

Мартинов А.В., Осолодченко Т.П., Волянський Д.Л., Лук'яненко Т.В.
ВПЛИВ КОМБІНАЦІЙ ІНГІБІТОРІВ ФОСФОДІЕСТЕРАЗ НА РОСТОВІ ВЛАСТИВОСТІ ГРАМПОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ 17

Осолодченко Т.П., Андреєва І.Д., Завада Н.П., Рябова І.С., Мануйлов М.Б.
ПРОТИМІКРОБНА ДІЯ НОВИХ ДИНАМІЧНИХ ПОХІДНИХ АМІКАЦИНУ СТОСОВНО ПОЛІРЕЗИСТЕНТНОГО ШТАМУ *ENTEROCOCCUS FAECALIS*, ВИЛУЧЕНОГО У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ 19

Осолодченко Т.П., Мартинов А.В., Пономаренко С.В., Волянський Д.Л., Штикер Л.Г.
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОМБІНАЦІЙ ІНГІБІТОРІВ ФОСФОДІЕСТЕРАЗ НА РОСТОВІ ВЛАСТИВОСТІ ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ 20

Осолодченко Т.П., Пономаренко С.В., Штикер Л.Г., Бомко Т.В., Носальська Т.М.
ДОСЛІДЖЕННЯ ПО ВИЗНАЧЕННЮ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ КОМПЛЕКСА ЦЕФТРІАКСОНА З ІНГІБІТОРОМ ФОСФОДІЕСТЕРАЗ ДО *ENTEROCOCCUS FAECALIS* 22

Пантьо В.В., Данко Е.М., Пантьо В.І., Коваль Г.М.
КОМПЛЕКСНИЙ ВПЛИВ ФОТОСЕНСИБІЛІЗАТОРІВ ТА ПОЛЯРИЗОВАНОГО НЕКОГЕРЕНТНОГО НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА РІСТ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ 24

Перетятко О.Г., Ягнюк Ю.А., Скляр Н.І., Крестецька С.Л., Холодна Т.В., Большакова Г.М.
ХАРАКТЕРИСТИКА БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КЛОНІВ *E. COLI* З НАБУТОЮ ШЛЯХОМ ТРАНСДУКЦІЇ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ДО БЕТА-ЛАКТАМІВ 26

Пономаренко С.В., Осолодченко Т.П., Мартинов А.В., Волянський Д.Л.
ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ШТАМІВ *STREPTOCOCCUS PYOGENES* ДО КОМПЛЕКСА ЦЕФТРІАКСОНА З ІНГІБІТОРОМ ФОСФОДІЕСТЕРАЗ. 27

Попов М.М., Лядова Т.І., Волобуєва О.В., Попова А.М, Чернуський В.Г., Павлікова К.В.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЇ НА ПИЛОК У ПАЦІЄНТІВ З ІМУНОДЕФІЦИТНИМ СТАНОМ 29

Скляр А.І., Грішина О.І.
ОСНОВИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОМЕДИЧНОЇ САМО- ТА ВЗАЄМОДОПОМОГИ У НЕСПРИЯТЛИВОМУ СЕРЕДОВИЩІ (ДОПОМОГА ПІД ВОГНЕМ) 31

Угаров В.Ю., Дубівська С.С., Чабанов П.В., Севастьянова Н.А., Руденко А.В.
ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ ВІЙНИ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА, ОБТЯЖЕНОГО ГІПЕРКРИСТАЛУРІЄЮ 32

Філімонова Н.І., Тіщенко І.Ю., Скляр Н.І., Сенюк І.В.
МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ БОЙОВИХ РАН В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ 34

Tishchenko I., Dubinina N., Shchokyna K., Filimonova N., Peretyatko O.
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA: MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT. 36

Бабаджан В.Д., Жеребкін В.В.
ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПРИ LONG COVID-СИНДРОМІ. 37