МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

V ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ДИСТАНЦІЙНА КОНФЕРЕНЦІЯ «СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ»

Збірник тез конференції

27 травня 2026 рік
ХАРКІВ

використовували клінічну класифікацію (Тареев Е.М.,Тареева І.Е.,1972р.). Діагностику ІБС та визначення функціонального класу проводили згідно з класифікацією Канадського кардіологічного товариства та Рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2018). Ліпідний спектр крові визначали ферментативним методом на біохімічному аналізаторі «Humalyzer 2000». Достовірність різниці між середніми величинами визначалась за t– критерієм Ст'юдента.

Результати та їх обговорення. При аналізі результатів середнього рівня показників ліпідного обміну встановлено, що хворі на ХГ та супутню ІБС відрізнялись більш високими рівнями в сироватці крові тригліцеридів ($p < 0,05$), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності ($p < 0,05$) та холестерину ліпопротеїдів низької щільності ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими з ГХ без ІБС. Також ми спостерігали достовірне підвищення на 0,79 ммоль/л (15,2%) середнього рівня загального холестерину крові у хворих на ХГ та супутню ІБС у порівнянні із групою хворих на ХГ без ІБС, та на 1,55 ммоль/л (25,6 %) у порівнянні із контрольною групою.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХГ поєднаний з ІБС у порівнянні із хворими на ХГ без ІБС та практично здоровими особами контрольної групи спостерігалось достовірно вірогідне підвищення метаболічних показників ліпідного обміну.

СУЧАСНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Малюк С.О., Литвиненко Г.Л

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

sofiamallluk@gmail.com

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються головною медико-соціальною проблемою охорони здоров'я України, що зумовлює понад 400 – 500 тис. летальних випадків та понад 20 млн зареєстрованих клінічних випадків

щорічно. Особливої гостроти проблема набуває через тенденцію до омолодження кардіоваскулярної патології та синергічний вплив тривалого психоемоційного стресу. Провідне місце у структурі кардіоваскулярної патології посідає інфаркт міокарда (ІМ). Динаміка захворюваності на ІМ в Україні демонструє стійке зростання: якщо у 2022 році цей показник становив 32,6 на 1000 осіб населення, то у 2023 році було зареєстровано близько 123 тис. випадків, а у 2024 році їх кількість перевищила 128 тис.

Отримані дані підтверджують, що проблема ІМ посідає ключове місце у структурі сучасної патології. Особливої гостроти ситуація набуває через тенденцію до омолодження кардіоваскулярної патології та синергічний вплив тривалого психоемоційного стресу. Основними тригерами розвитку серцево-судинних захворювань та ІМ виступають класичні фактори ризику: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, ожиріння, гіперглікемія, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, гіподинамія, а також екологічні чинники, зокрема забруднення атмосферного повітря. В умовах хронічного дистресу воєнного стану та вираженої тенденції до омолодження ІМ, критично важливого значення набуває максимально рання та точна верифікація некрозу міокарда. Для оптимізації діагностичних алгоритмів в Україні вкрай важливим є їхнє узгодження з європейськими стандартами та оцінка потенціалу альтернативних молекулярних маркерів.

Метою дослідження було проаналізувати за даними сучасних літературних джерел методи діагностики інфаркту міокарда в Україні та країнах ЄС, а також оцінити за даними літературних джерел діагностичний і прогностичний потенціал новітніх біомаркерів (ST2, мікроРНК, копептин).

За даними аналізу наукових джерел встановлено, що в Україні, відповідно до наказів МОЗ та діючих клінічних протоколів, базовим методом лабораторної верифікації ІМ є визначення серцевих тропонінів, де провідну роль відіграють високочутливі тести (hs-cTn) для ранньої діагностики ушкодження кардіоміоцитів. Водночас у країнах ЄС «золотим стандартом» діагностики є

визначення високочутливих ізоформ серцевий тропонін I (hs-cTnI) та серцевий тропонін T (hs-cTnT) на аналітичних платформах Roche Elecsys або Siemens Atellica із застосуванням швидких протоколів Європейського товариства кардіологів (ESC) 0/1 - годин (визначення при госпіталізації та через 1 годину) та 0/2-годин (як першочергової альтернативи) або 0/3-годин, що забезпечує експрес-сортування пацієнтів (rule-in/rule-out). Літературні дані також демонструють вагомий додатковий потенціал новітніх біомаркерів:

1. Копептин (маркер вазопресину, що відображає вираженість ендогенного нейрогуморального стресу) характеризується ультраранньою кінетикою: його рівень стрімко зростає у першу годину від початку ІМ і знижується до 10-ї години захворювання. Поєднане визначення копептину та високочутливого тропоніну (зокрема hs-cTnT) має виняткову негативну прогностичну цінність: їхні негативні значення дозволяють із високим ступенем достовірності безпечно виключити ІМ уже під час першого контакту з пацієнтом. Окрім того, ступінь підвищення копептину корелює з обсягом вогнища некрозу міокарда та довгостроковим прогнозом — ризиком раптової серцевої смерті та прогресування хронічної серцевої недостатності.

2. Біомаркер ST2 (sST2) є надійним індикатором механічного розтягнення міокарда та фіброзу. Його рівень статистично значущо зростає у пацієнтів із тяжким перебігом ІМ (особливо при ІМ з елевацією сегмента ST) і тісно корелює з ризиком 30-денної смертності, несприятливим прогнозом та процесами дезадаптивного ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ). Оцінка рівня sST2 є цінною для прогнозування середньострокового відновлення функціональної здатності ЛШ. Вивільнення маркера починається через 2-4 години після гострого епізоду із вираженим піком у межах 6-12 годин, а підвищена концентрація може персистувати протягом кількох діб.

3. Кардіоспецифічні мікроРНК (зокрема, мікроРНК-1, мікроРНК-21, мікроРНК-208a) демонструють високу специфічність на ранніх стадіях ішемії та виступають епігенетичними регуляторами постінфарктного неоангіогенезу.

Таким чином, гармонізація вітчизняних медичних протоколів із вимогами Європейського товариства кардіологів є пріоритетом розвитку екстреної кардіології в Україні. Інтеграція копептину в експрес-діагностику оптимізує сортування пацієнтів, тоді як оцінка рівнів sST2 та специфічних мікроРНК за даними літературних джерел забезпечує якісно новий рівень персоніфікованого прогнозування ускладнень ІМ та оцінки відновлення функції лівого шлуночка.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНГІБІТОРІВ ФОСФОДІЕСТЕРАЗ НА РОСТОВІ ВЛАСТИВОСТІ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*

Мартинов А.В.[1], Осолодченко Т.П.[1], Козубова Г.М.[2], Чернологова С.М.[2]

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м.Харків, Україна

Харківський науково-дослідний експертно-криміналістичний центр МВС, м. Харків, Україна[2]

imi_lbb@ukr.net

Одним з ключових факторів форми життєдіяльності бактерій є циклічний дігуанозинмонофосфат, який визначає, чи будуть бактерії перебувати у вигляді планктону або утворювати біоплівку. Визначення цих закономірностей дозволить розробити селективні інгібітори біоплівкоутворення та диференціювання клітин всередені біоплівки.

Мета роботи - дослідити вплив циклічного аденозин-монофосфату (цАМФ) на ростові властивості *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*).

До інгібіторів фосфодіестераз відносять препарати, які блокують один або більше з п'яти підтипів ферменту фосфодіестераз, тим самим запобігаючи інактивації внутрішньоклітинних вторинних посередників. Для дослідження було взято три інгібітора фосфодіестераз: дипіридамол - інгібує утворення прозапальних цитокінів; рібоксин - попередник АТФ, який бере участь в обміні глюкози та сприяє активізації метаболізму в умовах гіпоксії; папаверин - механізм дії полягає у пригніченні ферменту фосфодіестерази. Препарати