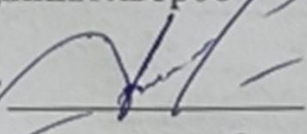
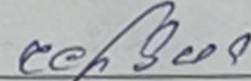


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ

Спеціальність 211 – “Ветеринарна медицина”

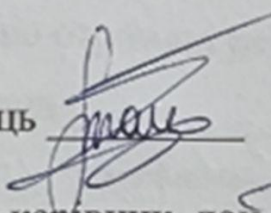
ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри епізоотології та
інфекційних хвороб

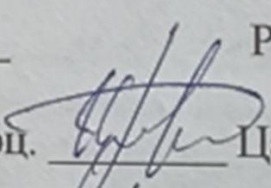
доцент  Довгаль О.В.

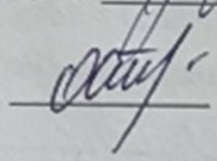
“16”  2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: “ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА
ПАНЛЕЙКОПЕНІ КОТІВ В УМОВАХ ВЕТЕРИНАРНОЇ КЛІНІКИ”

Виконавець  Руденко Т.І.

Науковий керівник, доц.  Царенко Т.М.

Рецензент, доц.  Хіцька О.А.

Я, Руденко Тетяна Ігорівна, засвічую, що кваліфікаційну роботу
виконано з дотриманням принципів академічної доброчесності.

м. Біла Церква
2026 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЛЮЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ
Спеціальність 211 – “Ветеринарна медицина”

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Гарант ОП 211 – “Ветеринарна медицина”,
 професор Рубленко М.В.

“10” 09

2025 р.

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу здобувачу

Руденко Тетяна Ігорівна

Тема: **“Діагностика, лікування та профілактика панлейкопенії котів в умовах ветеринарної клініки”**

Затверджено наказом ректора № _____ від _____

Термін здачі студентом готової кваліфікаційної роботи в деканат: до “17” 06 2026р.

Перелік питань, що розробляються в роботі. У даній роботі розкрито тему діагностики, лікування та профілактики панлейкопенії котів. Для досягнення цієї мети проведено аналіз сучасних методів діагностики, зокрема клінічних, гематологічних та імунологічних досліджень (ІФА, ІХА на базі системи Vcheck V300). Особливу увагу приділено порівняльній ефективності хвидких тестів.

У роботі проаналізовано стратегії лікування хворих котів, обгрунтовано вибір засобів симптоматичної та патогенетичної терапії, досліджено ефективність впровадження ранньої нутрієнтної підтримки та її вплив на регенерацію слизової оболонки кишечника. Окремим блоком висвітлено питання специфічної профілактики та правила дезінфекції в умовах клініки. На основі опрацювання теоретичних даних та практичних досліджень, проведених у приватній ветеринарній клініці «Діавет» (м. Київ), вивчено епізоотичну ситуацію щодо панлейкопенії котів. Проаналізовано місце хвороби у структурі загальної захворюваності дрібних тварин, визначено показники сезонності, вікової сприйнятливості та летальності. Оцінено існуючі діагностичні та лікувальні протоколи, прийняті у клініці, та запропоновано шляхи їх удосконалення для підвищення рівня виживання пацієнтів.

Вихідні дані: Вихідними даними для виконання роботи є: матеріали амбулаторних журналів реєстрації хворих тварин ВК «Діавет», результати лабораторних досліджень крові (морфологічні та біохімічні), протоколи імуофлуоресцентної діагностики, картки стаціонарних пацієнтів та дані статистичної звітності щодо вакцинальної роботи за 2025–2026 роки.

Календарний план виконання роботи

Етап виконання	Дата виконання етапу	Відмітка про виконання
Огляд літератури	вересень - листопад 2025р.	виконано
Методична частина	січень 2025р.	виконано
Дослідницька частина	січень - вересень 2025р.	виконано
Оформлення роботи	березень - квітень 2026р.	виконано
Перевірка на плагіат	травень 2026р.	виконано
Подання на рецензування	червень 2026р.	виконано
Попередній розгляд на кафедрі	червень 2026р.	виконано.

Керівник кваліфікаційної роботи, доц. _____

Царенко Т.М.

Здобувач _____

Руденко Т.І.

Дата отримання завдання “10” вересня 2025р.

АНОТАЦІЯ

Руденко Тетяна Ігорівна. «Діагностика, лікування та профілактика панлейкопенії котів в умовах ветеринарної клініки».

У роботі проаналізовано 55 клінічних випадків хвороби на базі ВК «Діавет» (м. Київ) за 2024-2025 роки. Встановлено чітку сезонність із піком у літньо– осінній період та вікову схильність у молодняка від 1,5 до 6 місяців (72,7% випадків), що зумовлено «імунною прогалиною». Питома вага безпородних котів (метисів) становила 50,9%, що пов'язано з вільним вигулом. Комплексний діагностичний алгоритм клініки базувався на поєднанні клінічних ознак, УЗД кишечника та лабораторних тестів. Головним патогномонічним маркером визначено глибоку депресію лейкопоезу із падінням рівня лейкоцитів до $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$. Доведено високу ефективність покращеного протоколу терапії, який включав застосування розчину «Стерофундін ISO», маропітанту, омепразолу, антибіотикотерапії та раннього ентерального харчування дієтою, що скоротило термін госпіталізації на 2,2 доби.

Під час обговорення обґрунтовано, що інтеграція щоденного гематологічного профілю та УЗД є надійним критерієм прогнозу перебігу хвороби. Терапевтичний успіх схеми полягає в усуненні ексикозу та відході від голодної дієти на користь ранньої нутрієнтної підтримки, яка блокує транслокацію мікрофлори й запобігає сепсису. Наголошено на небезпеці постклінічного вірусоносійства (до 4-6 тижнів), що вимагає домашньої ізоляції тварин та дезінфекції приміщень препаратом «Екоцид С». Ефективний контроль інфекції забезпечується плановою вакцинацією за техніки введення «нижче ліктя/коліна».

Робота викладена на 48 сторінках основного тексту, містить 9 таблиці, 14 рисунків та список літератури з 44 джерел.

Ключові слова: панлейкопенія котів, *FPV*, лейкопенія, діагностика, інтенсивна терапія, рання нутрієнтна підтримка, вакцинація.

SUMMARY

Rudenko Tetiana Ihorivna. "Diagnostics, treatment and prevention of feline panleukopenia in a veterinary clinic environment."

The thesis analyzes 55 clinical cases of the disease at the "Diavet" veterinary clinic (Kyiv) during 2024–2025. A clear seasonality with a peak in the summer–autumn period and an age susceptibility in young animals from 1.5 to 6 months of age (72.7% of cases) were established, which is determined by the "immunity gap". The proportion of non-breed cats (mixed–breed) was 50.9%, which is associated with free roaming. The clinic's comprehensive diagnostic algorithm was based on a combination of clinical signs, intestinal ultrasound, and laboratory tests. Deep depression of leukopoiesis with a drop in white blood cell count to $1.8 \pm 0.6 \times 10^9/L$ was identified as the main pathognomonic marker. The high efficiency of the improved treatment protocol was proven, which included the use of "Sterofundin ISO" solution, maropitant, omeprazole, antibiotic therapy, and early enteral nutritional support with a specialized diet, which reduced the hospitalization period by an average of 2.2 days.

During the discussion, it was substantiated that the integration of a daily hematological profile and ultrasound is a reliable criterion for predicting the disease course. The therapeutic success of the regimen lies in the elimination of exsiccosis and moving away from a withholding of food protocol in favor of early nutritional support, which blocks microbial translocation and prevents sepsis. The danger of post-clinical viral shedding (up to 4-6 weeks) was emphasized, which requires domestic isolation of animals and disinfection of premises with "Ecocid S". Effective infection control is ensured by routine vaccination using the "below the elbow/knee" injection technique.

The thesis is presented on 48 pages of the main text, contains 9 tables, 14 figures, and a literature list of 44 sources.

Key words: feline panleukopenia, FPV, leukopenia, diagnostics, intensive care, early nutritional support, vaccination.

ЗМІСТ

ТИТУЛЬНА СТОРІНКА	
ЗАВДАННЯ ДО ВИКОНАННЯ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ	2
АНОТАЦІЯ	3
ЗМІСТ	5
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	9
1.1. Етіологія та епізоотологія панлейкопенії котів.	9
1.2. Патогенез панлейкопенії котів.	10
1.3. Клінічні ознаки панлейкопенії.	11
1.4. Діагностика панлейкопенії котів.	13
1.5. Лікування панлейкопенії котів.	14
1.6. Профілактика панлейкопенії котів.	15
1.7. Заключення з огляду літератури.	17
РОЗДІЛ 2. ВИБІР НАПРЯМІВ ДОСЛІДЖЕНЬ, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ВИКОНАННЯ РОБОТИ	19
2.1. Матеріали і методи дослідження.	19
2.2. Схема проведення досліджень.	21
2.3. Характеристика підприємства.	22
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	29
3.1. Аналіз епізоотичної ситуації щодо панлейкопенії котів.	29
3.2. Лабораторна діагностика панлейкопенії котів.	32
3.3. Лікування панлейкопенії котів.	37
3.4. Профілактика панлейкопенії котів.	39
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	42
ВИСНОВКИ	45
ПРОПОЗИЦІЇ ВИРОБНИЦТВУ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	49
ДОДАТКИ	54

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

FPV (Feline panleukopenia virus) – вірус панлейкопенії котів.

CPV (Canine parvovirus) – парвовірус собак.

WBC (White Blood Cells) – загальна кількість лейкоцитів.

RBC (Red Blood Cells) – загальна кількість еритроцитів.

HGB (Hemoglobin) – гемоглобін.

HCT (Hematocrit) – гематокрит.

PLT (Platelets) – тромбоцити.

IХА – імунохроматографічний аналіз (експрес– тестування).

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція.

УЗД – ультразвукове дослідження.

ШКТ – шлунково– кишковий тракт.

ДВЗ–синдром – дисеміноване внутрішньосудинне зсідання крові.

ЗІЗ – засоби індивідуального захисту.

MLV (Modified Live Vaccine) – модифікована жива (атенуйована) вакцина.

WSAVA – Всесвітня асоціація ветеринарії дрібних тварин.

ABCD – Європейська консультативна рада з хвороб котів.

AAFP – Американська асоціація практикуючих лікарів ветеринарної медицини котів.

LOS (Length of Stay) – тривалість перебування тварини в закладі/стаціонарі.

MDA (Maternally Derived Antibodies) – материнські (колостральні) антитіла.

POC– тестування (Point– of– Care) – діагностика безпосередньо біля ліжка пацієнта (в умовах клініки).

ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота (генетичний матеріал вірусу FPV).

VN (Virus Neutralization) – реакція нейтралізації вірусу (метод визначення захисних титрів антитіл).

HI (Hemagglutination Inhibition) – реакція гальмування гемаглютинації (серологічний метод дослідження рівня імунітету).

ВСТУП

Кіт – ссавець невеликих розмірів, родини котових. Заводячи собі домашнього улюбленця у вигляді кота, люди інколи не розуміють, що це не тільки про годівлю і ігри з ним, але і про догляд, профілактику та допомогу в лікуванні різних захворювань. Власники це люди, які перші можуть виявити симптоми хвороби, і встигнути звернутись за допомогою до кваліфікованої людини.

Однією з таких хвороб може бути панлейкопенія. Збудник хвороби є одним з найбільш контагіозних та смертельних і належить до родини Parvoviridae [38]. Хвороба особливо небезпечна для невакцинованих кошенят, а також може вражати інших представників ряду хижих, зокрема єнотів, лисиць та норок [6, 18, 35, 44].

Відомо, що збудник в навколишньому середовищі може виживати протягом декількох місяців і стійкий до великої кількості дезінфікуючих засобів. Зараження відбувається як прямим, так і непрямим контактом, тому домашні коти, так як і безпритульні, також перебувають в зоні ризику. Панлейкопенія вражає котів різного віку, але найбільш сприятливі – кошенята, смертність серед них, може досягати до 90% [3, 7, 36].

Незважаючи на застосування вакцин, панлейкопенія досі залишається серйозною проблемою і регулярно реєструється по всьому світу, особливо в умовах недостатнього рівня охоплення вакцинацією, або нехтування власників, а також в притулках і розплідниках, де наявне скупчення тварин – швидко виникають спалахи хвороби.

Клінічний перебіг може включати діарею, мозочкову атаксію (лише у кошенят), аборти та імуносупресію, в деяких випадках можливий безсимптомний перебіг з летальним наслідком [3, 38]. Тяжкість цього захворювання вимагає значних ресурсів для лікування і підтримки організму та суттєво впливає на економічні показники ветеринарної медицини.

Таким чином **метою роботи** є вивчення епізоотології, діагностики, методи лікування та профілактики у клініці “Діавет” в місті Києві.

Для досягнення мети були поставлені такі **завдання**:

- вивчити і проаналізувати наукову літературу з 2015-2026 роки, що стосується панлейкопенії котів;
- проаналізувати сучасні методи діагностики панлейкопенії котів у ветеринарній клініці «Діавет» у місті Києві;
- провести порівняльну оцінку ефективності різних протоколів лікування і профілактики;
- дослідити вплив прогностичних факторів (віку та вакцинального статусу) на результативність лікування панлейкопенії;
- вивчити і проаналізувати ефективність існуючих вакцин, а також розглянути оптимальні схеми профілактики для котів із груп ризику.

Об'єкт дослідження – коти різних вікових груп, хворі, перехворілі та вакциновані проти панлейкопенії.

Предмет дослідження є клініко– лабораторні ознаки панлейкопенії, діагностичні тест– системи, протоколи інтенсивної терапії та схеми імунопрофілактики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні комплексного підходу до оцінки ефективності діагностичних, терапевтичних та профілактичних заходів при панлейкопенії котів у місті Києві у ветеринарній клініці «Діавет», що дозволило впровадити нові або вдосконалити наявні практичні рішення в роботу клініки «Діавет».

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Етіологія та епізоотологія панлейкопенії котів.

Вірус панлейкопенії котів (FPV) – це невеликий одноланцюговий ДНК–вірус лінійної структури без оболонки. Він є типом парвовірусу, що генетично, структурно та антигенно споріднений із CPV (собачим парвовірусом), який також здатний інфікувати котів. Збудник належить до родини Parvoviridae, підродини Parvovirinae та роду Protoparvovirus [6, 44].

У 95% випадків захворювання викликається безпосередньо котячим парвовірусом (FPV) і лише в 5% – варіантами собачого парвовірусу (CPV), зокрема типами CPV–2a, 2b та 2c [6].

Один із основних факторів контагіозності – подібність *FPV* до собачого парвовірусу (CPV–2) та висока стійкість збудника до фізико–хімічних чинників, завдяки чому він може виживати понад рік у забрудненому навколишньому середовищі (підстилка, висохлий слиз). Іншим не менш важливим фактором, що сприяє поширенню хвороби, є тривале виділення вірусу із фекаліями від хворих тварин [7, 36].

Вірус може легко поширюватися від kota до kota в притулках для тварин та домогосподарствах, де мешкає кілька особин, через свою високу екологічну стабільність [34]. Зараження *FPV* відбувається фекально–оральним шляхом через прямий контакт із хворими особинами або опосередковано – через фекалії, блювотні маси та слину. Також вірус поширюється через забруднені предмети побуту (підстилка, посуд для годування, взуття персоналу) та може механічно переноситися блохами. Крім котів, джерелом інфекції можуть бути фретки (тхори) та норки [35, 43, 44].

Трансплацентарний шлях та передача через молоко реалізуються від самок до кошенят. Інфіковані тварини починають виділяти вірус ще в інкубаційному періоді (2-10 днів), а активне виділення з фекаліями може тривати до 6 тижнів після одужання. У зовнішньому середовищі збудник може

зберігати життєздатність понад рік. Як правило, за умов подібного зараження вірусом, прогноз для молодняка несприятливий. До 85% кошенят гине в перші тижні життя [35, 42].

Незважаючи на наявність специфічної профілактики, значна частина популяції котів залишається невакцинованою. Через це захворювання частіше реєструється у літньо–осінній період (75% випадків), тоді як на весняно–зимовий період припадає 25%, що безпосередньо пов'язано з появою великої кількості сприйнятливої молодняки [43].

Найбільш уразливими до інфекції є кошенята віком від 1,5 до 6 місяців, а також невакциновані дорослі особини [7, 42].

1.2. Патогенез панлейкопенії котів.

Патогенез інфекцій, викликаних *FPV* та *CPV*, є подібним. Вірус не здатний самостійно індукувати мітоз у клітинах, які він інфікує, тому, як правило, уражає тканини з високою мітотичною активністю. Після перорального потрапляння в організм *FPV* поширюється на регіональні лімфатичні вузли глотки та мигдалин, де відбувається його первинна реплікація. Згодом збудник потрапляє у системний кровообіг, що зумовлює виражений тропізм до клітин кісткового мозку, лімфоїдної тканини, крипт шлунково–кишкового тракту та стовбурових клітин плода. Також спостерігається виражений тропізм до клітин тимуса (вилочкової залози) та селезінки [7, 37, 42].

Стресові чинники, зокрема паразитарні інвазії та інші неспецифічні фактори (період відлучення кошенят від матері), можуть підвищувати сприйнятливість тварин до інфікування шляхом інтенсифікації проліферативної активності клітин слизової оболонки кишечника. Доведено, що патологічний процес значно посилюється за наявності супутніх інфекцій, зокрема вірусу лейкозу котів (FeLV) та коронавірусу котів (FCoV) [7].

Морфологічною основою патогенезу *FPV* є реплікація вірусу в клітинах крипт Ліберкюна, що активно діляться. Це призводить до порушення регенерації кишкового епітелію та значного вкорочення або повного

зникнення ворсинок кишечника. Тяжкість патологічного процесу безпосередньо залежить від швидкості оновлення цих клітин. При внутрішньоутробному зараженні вірус проявляє літичну активність щодо клітин Пуркін'є, що викликає деструктивні зміни в мозочку плода та зумовлює розвиток гіпоплазії мозочка. Загальна летальність при такому розвитку патогенезу серед молодняка є надзвичайно високою і перевищує 90% [39, 43].

Реплікація вірусу в кістковому мозку призводить до вираженої імуносупресії, спричиненої загибеллю попередників мієлоїдних клітин. Первинна атака на гемопоетичну систему може спричинити розвиток анемії та різке зниження резистентності організму [42, 44].

Характерною ознакою інфекції є різке зниження загальної кількості лейкоцитів, що може сягати критичних значень – 1000-2000 клітин/мм³ і менше (при нормі 5500-18500 клітин/мм³). Найбільш виражені зміни спостерігаються з боку нейтрофілів, кількість яких може падати нижче 200 клітин/мм³. Рівень лімфоцитів також знижується, хоча і в меншій мірі. Водночас вірус чинить мінімальний вплив на кількість еозинофілів, базофілів, моноцитів та еритроцитів на ранніх етапах хвороби [37]. Такий стан відкриває шлях для вторинних бактеріальних та вірусних інфекцій, які значно ускладнюють стан тварини [42, 44].

Варто зазначити, що *FPV* здатний реплікуватися в обмеженій мірі в організмі собак, проте, як правило, не викликає у них клінічно вираженого захворювання [7].

1.3. Клінічні ознаки панлейкопенії.

Клінічна маніфестація та прогноз інфікування вірусом панлейкопенії котів (FPV) зумовлені віком тварини, терміном зараження (пренатальний або постнатальний періоди), а також ступенем вираженості гематологічних порушень. Важкість перебігу варіюється від субклінічної та легкої форм до надгострої (блискавичної) з фатальним результатом. Загальний рівень летальності у популяції становить близько 50%, проте серед невакцинованого молодняка цей показник може перевищувати 90% [6, 41, 44].

Гостра (класична) форма є найбільш поширеною серед кошенят віком від 2 до 6 місяців. Патологічний процес характеризується системним ураженням організму. При первинному клінічному огляді реєструють гіпертермію (лихоманку), виражену летаргію, глибоку депресію та анорексію. Тварини мають характерний виснажений вигляд (кахексія) та тьмянний, скуйовджений волосяний покрив [6, 43, 44].

При надгострому перебігу хвороба розвивається стрімко, часто призводячи до раптового колапсу та загибелі тварини ще до появи виражених симптомів. У більшості фатальних випадків причиною смерті стає комплексне ураження організму: поєднання септицемії (внаслідок транслокації кишкової мікрофлори в кровотік), декомпенсованого зневоднення та розвитку ДВЗ-синдрому [6, 43, 44].

Також важливим є гематологічний статус. Ступінь зниження кількості білих кров'яних тілець (WBC) корелює з тяжкістю перебігу: рівень лейкоцитів може знижуватися від 3000 до критичних 50 клітин/мкл. Одночасно спостерігається зниження гематокриту та тромбоцитопенія, що клінічно проявляється петехіальними крововиливами на слизових оболонках та шкірі [1, 6, 41, 44].

Наслідки трансплацентарного зараження плодів детерміновані стадією гестації [6, 41]. Зокрема, у ранній період вагітності інфекція спричиняє безпліддя самок, ембріональну загибель та резорбцію плодів. При інфікуванні в середині вагітності реєструють аборти або муміфікацію плодів, водночас у самих самок системні клінічні ознаки хвороби часто залишаються латентними. Якщо ж зараження відбувається у пізній період гестації або на ранньому постнатальному етапі, вірус виявляє виражений тропізм до нейробластів мозочка, що призводить до його гіпоплазії та розвитку синдрому атаксії, який клінічно проявляється інтенційним тремором, дискоординацією та парестезіями, що провокують самотравмування кінцівок і хвоста у кошенят.

Практичне значення має так званий часовий поріг виживання: якщо стан пацієнта вдається стабілізувати протягом перших 5 діб з моменту маніфестації

клінічних ознак, шанси на одужання суттєво зростають. Таким чином, перші п'ять днів є критичним прогностичним маркером, що визначає подальший хід хвороби [6, 36, 43, 44].

1.4. Діагностика панлейкопенії котів.

Встановлення остаточного діагнозу вимагає комплексного підходу: збору анамнезу, аналізу клінічної картини та обов'язкового лабораторного підтвердження [2, 8, 10, 24, 27]. Враховуючи біологічні особливості вірусів, у лабораторній практиці застосовують три основні підходи: вірусологічний, серологічний та молекулярно-біологічний [25, 40].

На практиці первинне припущення про інфікування *FPV* базується на поєднанні анамнестичних даних (відсутність вакцинації, контакт із потенційними носіями) та результатів загального аналізу крові. Виявлення вираженої лейкопенії та анемії у тварин із симптомами гострого гастроентериту розглядається як вагомий критерій для попередньої діагностики [6].

Поширеним методом швидкої ідентифікації антигену *FPV* у фекаліях є імунохроматографічні тести. Матеріалом для дослідження слугують зразки фекалій або ректальні мазки. У разі відсутності екскрементів у перінеальній ділянці, зонд-тампон попередньо змочують стерильним ізотонічним розчином для безпечного взяття проби [9, 25].

Згідно з даними досліджень (Neuerer et al., 2008; Schmitz et al., 2009; Bergmann et al., 2019), такі експрес-системи мають високу специфічність (94,2-100%), що майже виключає хибнопозитивні результати при природному зараженні. Проте їх чутливість є помірною (50-80%). Негативний результат *POC*-тесту не виключає інфекцію, оскільки виділення вірусу може бути періодичним або його концентрація у зразку може бути нижчою за поріг чутливості системи [1, 15, 16, 38, 44]. Візуальна інтенсивність забарвлення дозволяє диференціювати позитивні та слабопозитивні реакції, проте за наявності чіткої клініки та негативного експрес-тесту рекомендовано проведення ПЛР [1, 9, 23, 28]. ПЛР-діагностика є найбільш чутливим методом.

Дослідженню підлягають зразки фекалій, цільної крові, кісткового мозку або тканин [38]. ПЛР дозволяє виявити ДНК вірусу навіть у здорових котів носіїв.

Виділення збудника у культурах клітин та реакція гемаглютинації еритроцитів свиней є еталонними методами, проте через складність і тривалість вони рідко застосовуються в рутинній практиці, залишаючись інструментами наукових досліджень [38, 39].

Виявлення антитіл (ELISA, непряма імуофлуоресценція) має обмежену діагностичну цінність, оскільки ці методи не дозволяють розрізнити постпротективні антитіла (після вакцинації) від тих, що виникли внаслідок польового зараження [39].

Важливо враховувати «вакцинальний фактор»: використання живих вакцин (MLV) може призводити до позитивних результатів тестів на антиген та ПЛР протягом щонайменше 4 тижнів після імунізації [38]. Додаткову діагностичну цінність мають: ультразвукове дослідження (УЗД), яке дозволяє виявити неспецифічні, але характерні зміни, такі як дифузне стоншення слизової оболонки тонкого кишечника та гіперехогенність його шарів [23].

1.5. Лікування панлейкопенії котів.

Оскільки на сучасному етапі розвитку ветеринарної медицини специфічної антивірусної терапії проти *FPV* не розроблено, основу лікувальних заходів становить агресивна підтримуюча та симптоматична терапія. Основними цілями такого підходу є першочергова корекція дегідратації, відновлення електролітного балансу, підтримка функції гемопоезу та превентивне запобігання розвитку вторинних бактеріальних інфекцій на тлі імуносупресії [6, 31]. Кішку з підтвердженим діагнозом необхідно негайно госпіталізувати та утримувати в умовах суворої ізоляції з бар'єрним доглядом протягом щонайменше двох тижнів. Це зумовлено тривалістю вірусної екскреції та високим ризиком передачі збудника через фоміти [32, 38].

Головним пріоритетом лікувального процесу є агресивна парентеральна інфузійна терапія для відновлення гідратації та кислотно-лужного балансу,

оскільки у більшості пацієнтів спостерігається тяжке зневоднення [31, 32]. Найбільш ефективним методом є внутрішньовенне введення ізотонічних кристалоїдів у вигляді безперервної інфузії. У кошенят малого розміру при ускладненому венозному доступі допускається внутрішньокісткове введення розчинів [35, 38]. При тяжкому перебігу з гіпопротеїнемією для відновлення онкотичного тиску та стабілізації гемостазу при ДВЗ-синдромі застосовують трансфузію плазми або цільної крові, що дозволяє поповнити дефіцит антитромбіну III [31].

Окрему увагу слід приділяти метаболічному статусу, зокрема контролю рівня глюкози, через схильність кошенят до гіпоглікемії. Оскільки руйнування кишкового епітелію створює ризик бактеріальної транслокації, профілактика сепсису є обов'язковою [11]. Рекомендується парентеральне введення антибіотиків широкого спектра дії, ефективних проти грамнегативних та анаеробних мікроорганізмів [38]. Контроль системного запалення може здійснюватися за допомогою НПЗЗ, проте використання глюкокортикоїдів не рекомендується через ризик посилення імуносупресії [31, 32].

За наявності блювання призначають антиеметики [31, 38]. Ефективний контроль емізису дозволяє швидше перейти до нутрієнтної підтримки, яку слід відновлювати одразу після стабілізації стану. Рекомендується дієта з високоякісним тваринним білком (курка, індичка або комерційні раціни) помірним вмістом жиру та легкозасвоюваними вуглеводами для підтримання глікемії [31, 38]. Для зміцнення калу при діареї доцільно використовувати напіввологі корми з низьким вмістом клітковини [32].

Додатково застосовують вітаміни групи В для запобігання дефіциту тіаміну. Враховуючи, що кишковий паразитизм є частим коморбідним станом, обов'язковим є копрологічне дослідження та антигельмінтна терапія після стабілізації стану пацієнта [29, 38].

1.6. Профілактика панлейкопенії котів.

Профілактика базується на комплексному підході, що поєднує індивідуальну імунізацію, управління навколишнім середовищем та суворі

заходи біобезпеки, особливо в місцях скупченого утримання тварин. Зважаючи на високу резистентність FPV у довкіллі, критично важливим аспектом є ретельна дезінфекція або заміна контамінованого обладнання та приміщень у разі виявлення вогнища інфекції [6, 15]. Специфічна профілактика орієнтована на стратегічну або екстрену вакцинацію, що дозволяє як запобігати проникненню збудника з ендемічних зон, так і обмежувати його поширення під час спалахів. Відповідно до Керівних принципів вакцинації *WSAVA* (2024), імунізація проти *FPV* класифікується як основна (*core vaccine*) і є обов'язковою для всіх котів. Ефективна вакцинація забезпечує формування «стерилізуючого імунітету», опосередкованого антитілами проти поверхневих білків вірусу, що запобігає інфікуванню клітин господаря та розвитку системної інфекції [5, 31].

Набутий імунітет вирізняється високою стабільністю, численні дослідження підтверджують, що захисні титри антитіл, які визначаються методами нейтралізації вірусу (*VN*) або гальмування гемаглютинації (*HI*), зберігаються у котів протягом багатьох років, а в окремих випадках – довічно [4, 5, 12]. Первинна серія вакцинацій для кошенят зазвичай розпочинається у віці 6-8 тижнів із використанням модифікованих живих вакцин (*MLV*) і продовжується кожні 3-4 тижні до досягнення 16-тижневого віку. Для дорослих особин із низьким ризиком експозиції ревакцинація кожні три роки вважається достатньою для підтримання надійного захисту. Проте в умовах притулків, де тварини становлять популяцію високого ризику через стрес та невідомий анамнез, вакцинація повинна проводитися негайно при надходженні, навіть за наявності материнських антитіл (*MDA*), оскільки часткова імунізація сприяє зниженню тяжкості клінічного перебігу та інтенсивності вірусної екскреції [5, 13, 14, 31]. При цьому слід уникати застосування *MLV*-вакцин у вагітних самок та кошенят молодше одного місяця через ризик тератогенної дії або ураження мозочка, за винятком ситуацій екстремально високого ризику в інфікованому середовищі [20].

Особливого значення набуває менеджмент карантинування в умовах притулків, де загальна ізоляція клінічно здорових тварин часто є недоцільною через обмеженість ресурсів та ризик збільшення терміну перебування особини в закладі (*LOS*). Доведено, що тривалий *LOS* корелює зі зростанням захворюваності через хронічний стрес та переповнення приміщень [22, 33]. Замість масового карантину рекомендується проводити індивідуальну оцінку ризиків для контактних тварин: особини старше п'яти місяців, вакциновані за 5-7 днів до контакту, зазвичай не потребують ізоляції. Для молодших або нещодавно імунізованих котів доцільно використовувати тестування на титри антитіл як допоміжний діагностичний маркер [19]. У разі виникнення загрози епізоотії оптимальний період карантину для підозрілих тварин становить 14 діб за умови відсутності реекспозиції та клінічних проявів хвороби.

1.7. Заключення з огляду літератури.

Узагальнення даних сучасної наукової літератури дозволяє констатувати, що панлейкопенія котів залишається однією з найбільш епізоотологічно значущих інфекцій родини *Felidae* у всьому світі. Високий рівень контагіозності та значна летальність, яка серед невакцинованих особин може сягати 90%, зумовлені унікальною стійкістю збудника *FPV* до фізико-хімічних чинників довкілля та його здатністю зберігати інфекційну активність протягом тривалого часу. Патогенетична картина хвороби нерозривно пов'язана з вираженим тропізмом вірусу до клітин із високим мітотичним індексом, що призводить до системної деструкції тканин. Ключовими ланками патогенезу є масивне руйнування кишкового епітелію та виражена депресія гемопоезу, що клінічно маніфестує критичною лейкопенією та вторинною бактеріальною транслокацією, яка часто завершується розвитком сепсису та ДВЗ-синдрому [11, 31, 38].

Сучасний діагностичний алгоритм вимагає інтегративного підходу, де первинна клінічна підозра має обов'язково підтверджуватися лабораторними методами. ПЛР-верифікація на сьогодні є найбільш точним методом ідентифікації ДНК вірусу, проте в умовах практичної ветеринарної медицини

імунохроматографічні експрес-тести (*POC*) залишаються незамінним інструментом швидкої діагностики, попри їхню обмежену чутливість у фазах низької екскреції антигену. Особливу діагностичну цінність мають додаткові інструментальні методи, такі як УЗД, що дозволяють візуалізувати неспецифічні, але характерні структурні зміни кишечника [9, 23, 31].

У зв'язку з відсутністю ліцензованих засобів специфічної антивірусної терапії, ефективність лікування безпосередньо залежить від інтенсивності підтримуючої терапії. Пріоритетними напрямками є агресивна парентеральна регідратація для корекції електролітних розладів, застосування антибіотиків широкого спектра дії для превентивного контролю сепсису та раннє відновлення нутрієнтного статусу пацієнта для стимуляції регенерації ворсинок кишечника. У випадках критичної гіпопротеїнемії трансфузія плазми або цільної крові розглядається як життєво необхідна маніпуляція для відновлення онкотичного тиску та стабілізації гемостазу [15, 31, 35, 38].

Основним механізмом довгострокового контролю панлейкопенії є специфічна профілактика. Відповідно до актуальних стандартів *WSAVA* (2024), використання основних вакцин дозволяє сформувати стабільний стерилізуючий імунітет, тривалість якого у більшості тварин є багаторічною або довічною. Проте в умовах скупченого утримання (притулки, розплідники) стратегія профілактики трансформується: акцент зміщується з індивідуального графіка на популяційний захист, де ранній початок імунізації, суворі протоколи дезінфекції та мінімізація терміну перебування тварин (*LOS*) є вирішальними факторами запобігання епізоотичним спалахам [19, 31, 33].

Отже, глибоке розуміння біологічних властивостей FPV у поєднанні з впровадженням сучасних протоколів діагностики, імунізації та біобезпеки є вирішальною умовою для успішного контролю інфекції. Адаптація цих заходів до конкретних умов утримання тварин дозволяє мінімізувати інфекційне навантаження в популяції та суттєво знизити летальність котів.

РОЗДІЛ 2

ВИБІР НАПРЯМІВ ДОСЛІДЖЕНЬ, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ВИКОНАННЯ РОБОТИ

2.1. Матеріали і методи дослідження.

Робота виконувалась протягом 2025-2026 років на базі приватної ветеринарної клініки «Діавет» (м. Київ) та кафедри епізоотології та інфекційних хвороб Білоцерківського національного аграрного університету. Діагностичні та лікувальні маніпуляції проводилися згідно з вимогами чинного законодавства, зокрема Закону України „Про ветеринарну медицину” [21]. Об’єктом дослідження були клініко– гематологічні особливості перебігу, методи лабораторної верифікації та стратегії терапії панлейкопенії котів.

Епізоотологічний аналіз щодо поширення вірусу панлейкопенії котів (*FPV*) на базі клініки «Діавет» проводили шляхом вивчення статистичних даних журналів реєстрації хворих тварин та результатів роботи власної експрес– лабораторії за вказаний період. У ході роботи було проаналізовано 55 клінічних випадків тварин із підозрою на інфекцію, де особлива увага приділялася вивченню динаміки захворюваності залежно від віку, сезону року та імунного статусу пацієнтів, оскільки переважна більшість обстежених особин не мала стабільного вакцинального захисту.

Лабораторну діагностику та верифікацію збудника здійснювали за допомогою інтегрального підходу, що включав використання імунохроматографічних експрес–тестів (ІХА) та імунофлуоресцентний аналізатор *Vcheck V300* для негайного виявлення антигену у фекаліях та методів та ПЛР– діагностики для остаточного підтвердження наявності ДНК вірусу. Гематологічні дослідження проводили на автоматичному ветеринарному аналізаторі *Mindray BC-2800Vet* з метою моніторингу морфологічного складу крові, де ключовим показником вважали ступінь депресії лейкопоезу та рівень лейкопенії як критичного прогностичного маркера. Додатково застосовували методи ультразвукографії для візуалізації

структурних змін тонкого кишечника, зокрема дифузного витончення його слизової оболонки.

На основі отриманих даних та аналізу виживаності пацієнтів, що подолали критичний п'ятиденний поріг стабілізації, розробляли та оцінювали ефективність протоколів інтенсивної підтримуючої терапії, яка включала парентеральну регідrataцію, антибіотикотерапію та трансфузію компонентів крові.

Економічну ефективність та результативність впроваджених протиепізоотичних заходів і схем специфічної імунопрофілактики розраховували за загальноприйнятими у ветеринарній медицині методами, спираючись на актуальні міжнародні стандарти *WSAVA*.

2.2. Схема проведення досліджень.

Дослідження проводили за схемою, яка передбачала аналіз епізоотичної ситуації щодо панлейкопенії котів у м. Києві, в зоні обслуговування приватної ветеринарної клініки «Діавет», вивчення ефективності сучасних методів діагностики та інтенсивної терапії хворих тварин. В результаті виконаної роботи були розроблені та впроваджені практичні рекомендації для лікарів ветеринарної медицини щодо оптимізації діагностичного алгоритму та схем специфічної профілактики.

Рис. 2.1 – Схема проведення досліджень.



2.3. Характеристика підприємства.

Ветеринарна клініка Діавет. Знаходиться в місті Київ, за адресою Здобунівська 3а. Штат робітників складає 20 людей (рис. 2.2), з них 2 лікарі терапевти, 2 лікарі узд діагностики, 1 хірург–ортопед–стоматолог, 2 анестезіолога, 2 лікарі стаціонарного утримання, 1 асистент–хірурга, 5 асистентів, 2 адміністратора, прибиральниця, бухгалтер, та директор клініки, який по сумісності головний лікар–терапевт–ендокринолог, а також хірург–стоматолог. Директор клініки Шевченко Євген Віталійович.



Рис. 2.2 – Штат робітників

Клініка має 2 поверхи. На першому поверсі знаходиться адміністрація, де перевіряють записи пацієнтів, а також зоомагазин (рис. 2.3), далі по коридору зал очікування. Також на першому поверсі знаходяться три терапії (рис. 2.4). Терапії світлі, мають оглядовий стіл, раковину, робоче місце лікаря, і диван для зручності власників. В терапія знаходиться все обладнання для огляду тварин, забору аналізів, і дезенфекції після закінчення прийому.



Рис. 2.3 – Зона очікування та зоомагазин



Рис. 2.4 – Маніпуляційна кімната

В клініці наявний узд кабінет (рис. 2.5). В ньому знаходиться оглядовий стіл, та сам новітній узд апарат.



Рис. 2.5 – Кабінет УЗД

Лабораторія клініки повністю укомплектована сучасними аналізаторами, серед яких біохімічний комплекс *Vcheck V200* для кількісного визначення маркерів крові, імунофлуоресцентний аналізатор *Vcheck V300* для точного вимірювання гормонів та білків, а також експрес-система *MINI-CHIP(A100)*, що використовує спеціальні картриджі для швидкої верифікації біомаркерів і показників запалення. Гематологічний профіль та автоматичний підрахунок клітин крові забезпечуються аналізатором *Mindray BC-2800Vet*, тоді як біохімічні показники, ферменти печінки, ниркові маркери та електроліти досліджують на слайдовому аналізаторі *Fujifilm DRY CHEM 5000*. Для мануального аналізу клітин і осадів сечі застосовують оптичний мікроскоп *aeco*, оснащений цифровою камерою та монітором для виведення зображення на екран. Разом ці прилади (рис. 2.6) дозволяють отримувати результати аналізів швидко без необхідності відправлення зразків до сторонньої лабораторії.



Рис. 2.6 – Діагностичне обладнання лабораторії клініки

В клініці облаштовані 4 стаціонари. Один знаходиться на першому поверсі, і включає в себе 6 кліток для котів, 2 клітки для великих собак, 1 для собак середні порід та 3 для маленьких порід, там знаходяться волонтерські тварини на лікуванні або на перетримці (рис. 2.7).

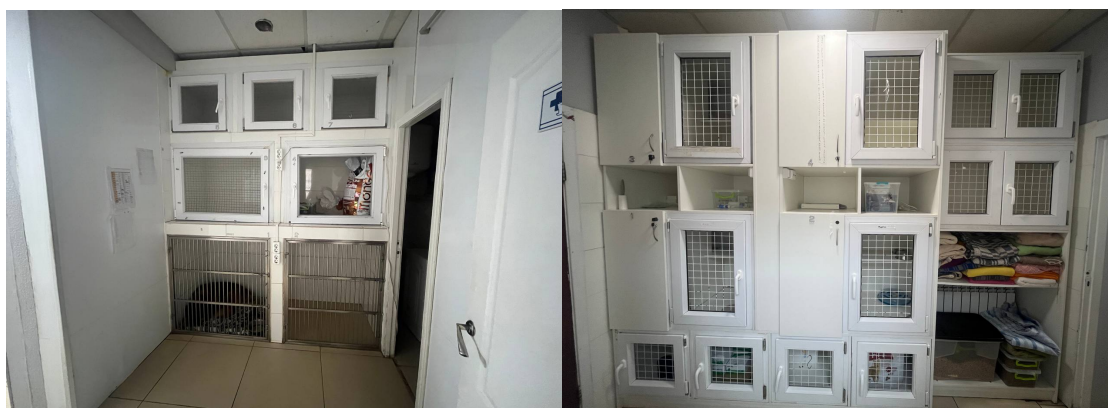


Рис. 2.7 – Стаціонар для волонтерських тварин

На другому поверсі знаходяться ще два стаціонари, окремо собачий і котячий. На котячому стаціонарі облаштовано 6 кліток (рис. 2.8), в них встановлено підігрів знизу для підтримки температури, а також підігрів з

червоним світлом, для тих в кого критично знизилась температура. Також біля кожної клітки встановлено розетку, для підключення інфузоматів під час інфузійної терапії.



Рис. 2.8 – Стаціонар для котів

Собачий стаціонар більший та має 14 кліток різних розмірів (рис. 2.9). На стаціонарі є окремий узд апарат, стелаж з великою кількістю препаратів та розчинів, наявний оглядовий стіл, та робоче місце лікаря стаціонару.



Рис. 2.9 – Стаціонар для собак

Також окремим приміщенням є вірусний стаціонар (рис. 2.10), там 6 кліток, оглядовий стіл, узд апарат, робоче місце лікаря. На вході у вірусний стаціонар спеціально обладнане приміщення, де лікарі і асистенти вдягають спеціальний одяг для особистого захисту.



Рис. 2.10 – Інфекційний стаціонар та чиста зона

На 2 поверсі клініки облаштовані хірургічний кабінет та стоматологічний (рис. 2.11). В хірургічному кабінеті – у центрі знаходиться операційний стіл, на ньому можна регулювати його висоту та температуру підігріву. Над столом висить операційна лампа, яка забезпечує сфокусоване освітлення робочої зони. Праворуч від столу стоїть візок для анестезії і моніторингу пацієнта. Це обладнання використовується для контролю життєвих показників під час операції. У дальньому кінці кімнати, під вікном, розташовані білі шафи з вбудованою раковиною та краном. Вздовж стелі проходить система вентиляції, яка підтримує чистоту повітря в приміщенні.



Рис. 2.11 – Хірургічний кабінет

В стоматологічному кабінеті (рис. 2.12) 2 операційні столи, над столами висять дві великі хірургічні лампи з кронштейнами, які забезпечують яскраве, сфокусоване освітлення без тіней під час операцій, зліва від операційного столу знаходиться анестезіологічна машина з кількома манометрами та моніторами. Це обладнання використовується для подачі наркозу та контролю життєвих показників тварини під час операції, до анестезіологічної машини підключений монітор пацієнта, який, відстежує серцевий ритм (ЕКГ), артеріальний тиск, рівень кисню в крові та інші показники. Інший монітор, схожий на великий телевізор, для ручного рентгенівського апарату, на якому під час стоматологічних операцій дивляться знімки. Біля операційного столу є кілька мобільних візків, на яких розташовані різні медичні інструменти, лотки та витратні матеріали, готові до використання. Також там знаходиться пакувальна машинка, ультразвукова мийка та автоклав для інструментів.



Рис.2.12 – Стоматологічний кабінет

Є рентген– кабінет, що також знаходиться на 2 поверсі – це невеличке приміщення з спеціальним обладнанням, та робочим місцем лікаря для описів знімків. На момент початку 2026 року був проведений ремонт цього приміщення.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПАНЛЕЙКОПЕНІЇ КОТІВ В УМОВАХ ВЕТЕРИНАРНОЇ КЛІНІКИ

3.1. Аналіз епізоотичної ситуації щодо панлейкопенії котів.

Аналіз епізоотичної ситуації проводився на основі вивчення 55 клінічних випадків панлейкопенії котів, зареєстрованих у ветеринарній клініці «Діавет» (м. Київ) протягом 2025-2026 років. Дослідження підтвердили, що генетична приналежність тварини не є визначальною для інфікування, проте соціальний статус тварини відіграє роль. Понад половину пацієнтів (51%) становили безпородні коти (метиси), що часто пов'язано з їх вільним виходом. Серед породистих тварин частіше реєстрували британських короткошерстих та шотландських висловухих котів, що, ймовірно, відображає їх популярність серед власників у столиці, а не специфічну схильність породи. Дані про породну сприйнятливість котів до панлейкопенії в зоні обслуговування клініки наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Породна сприйнятливість котів до панлейкопенії у ВК «Діавет» за 2025-2026 роки (n=55)

Порода	Захворіло котів	%
Безпородні (метиси)	28	50,9
Британська короткошерста	8	14,5
Шотландська висловуха	6	10,9
Сфінкс	4	7,3
Мейн– кун	4	7,3
Сіамська	3	5,5
Інші породи	2	3,6
Всього	55	100

Найбільш критичним періодом для зараження виявився вік від 1,5 до 6 місяців. Ми спостерігали «імунну прогалину» у кошенят саме в цей період: колостральні антитіла вже не захищають, а власний імунітет ще не сформований через відсутність вакцинації. Цікаво, що кошенята до 8 тижнів

потрапляли до клініки вкрай рідко, що підтверджує захисну роль материнського молока. У дорослих котів (понад 1 рік) захворювання протікало переважно у формі «прориву» імунітету при тривалій відсутності ревакцинації.

Таблиця 3.2 чітко демонструє пік захворюваності саме у молодняка, що робить цю групу основною ціллю для превентивних заходів.

Таблиця 3.2

Вікова сприйнятливість котів до панлейкопенії (n=55)

Вікова група	Кількість хворих котів	%
До 6 місяців	40	72,7
Від 6 місяців до 1 року	10	18,2
Старше 1 року	5	9,1
Всього	55	100

Важливим епізоотологічним показником є аналіз імунного статусу захворілих тварин. Наше дослідження показало пряму кореляцію між відсутністю специфічної профілактики та розвитком клінічних ознак хвороби. З 55 обстежених тварин 46 особин (83,6%) взагалі не були вакциновані. Решта 9 пацієнтів (16,4%) мали документальне підтвердження вакцинації, проте аналіз анамнезу виявив суттєві порушення: пропуск термінів ревакцинації або проведення щеплення у період інкубаційного періоду після контакту з хворими тваринами. Це підтверджує тезу про те, що панлейкопенія залишається "хворобою невакцинованих тварин" навіть у мегаполісі з розвиненою ветеринарною інфраструктурою.

Реєстрація вірусу мала чітку сезонну залежність (рис. 3.1). Основний потік хворих припадав на липень–жовтень. Це зумовлено не лише біологічними циклами розмноження котів, а й «дачним сезоном» – власники частіше вивозять домашніх улюбленців за місто, де ризик контакту з контамінованим середовищем значно вищий. Також переважна більшість постраждалих від хвороби особин не були щеплені проти панлейкопенії, або були щеплені з порушенням схеми, тому не отримали стабільного набутого

імунітету. У зимовий період спостерігалися лише поодинокі спорадичні випадки.

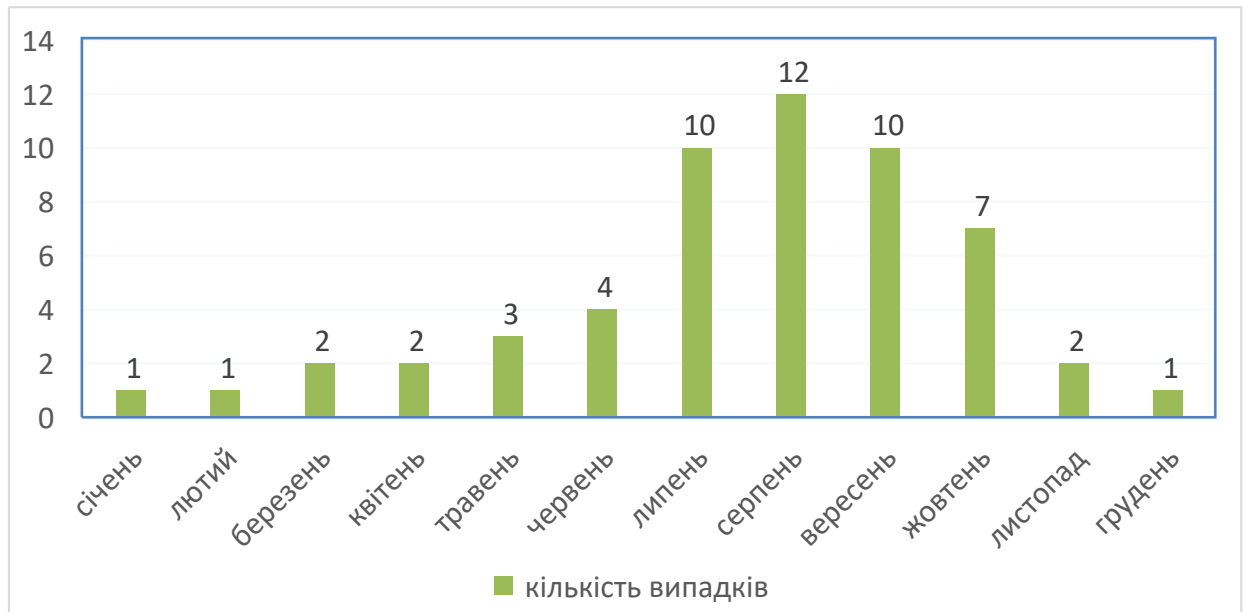


Рис. 3.1 – Сезонна динаміка захворюваності котів на панлейкопенію у ВК «Діавет» (2025–2026 рр.)

Варто відзначити, що висока стабільність вірусу у зовнішньому середовищі зумовлює значну частку опосередкованого шляху інфікування. За результатами опитування власників, 35% захворілих домашніх котів не мали прямого контакту з іншими тваринами та не покидали меж квартир (таб. 3.4). Це вказує на ятрогенний шлях або механічне занесення збудника власниками на взутті та одязі з під'їздів, прибудинкових територій та місць скупчення безпритульних котів. Таким чином, у місті Києві спостерігається висока контамінація зон загального користування вірусом FPV, що вимагає проведення роз'яснювальної роботи серед власників навіть тих тварин, що утримуються виключно в приміщеннях.

Таблиця 3.4

Розподіл захворілих тварин за типом утримання (n=55)

Тип утримання	Кількість тварин	%
Виключно домашнє (без вихулу)	19	34,5
Квартирне з виїздом на дачу/вихулом	21	38,2
Вільний вихул (приватний сектор)	15	27,3

З анамнезу захворілих тварин можна зробити узагальнення, що переважна більшість постраждалих від хвороби особин не були щеплені проти панлейкопенії, або були щеплені з порушенням схеми, тому не отримали стабільного набутого імунітету. У літньо– осінній період власники частіше вивозять тварин на дачі або допускають контакти з іншими особинами, що підвищує ризик інфікування через контаміноване зовнішнє середовище.

Отже, на панлейкопенію хворіють коти різних порід, проте найчастіше захворювання реєструється серед безпородних тварин, які не були вакциновані. Хвороба зустрічається у котів різного віку, але до неї найбільш схильні кошенята віком від двох до шести місяців

3.2. Лабораторна діагностика панлейкопенії котів.

Комплексна діагностика панлейкопенії у ветеринарній клініці «Діавет» базувалася на інтеграції клінічних спостережень, гематологічного моніторингу та специфічних методів верифікації вірусу (ІХА та ПЛР). Первинне припущення про інфікування базується на поєднанні анамнестичних даних (відсутність вакцинації, вільний вигул) та результатів загального клінічного огляду.

Такий підхід дозволяв не лише підтвердити наявність збудника *Feline panleukopenia virus (FPV)*, а й об'єктивно оцінити тяжкість патологічного процесу.

При проведенні клінічного обстеження піддослідних тварин (n=55), що надходили на госпіталізацію до ветеринарної клініки «Діавет», ми першочергово звертали увагу на верифікацію характерного симптомокомплексу, який дозволяв сформулювати попередній діагноз ще до отримання результатів лабораторних досліджень. У переважної більшості пацієнтів нами була зафіксована виражена гіпертермія в межах 40,5-41,2 °С, що патогенетично відповідало фазі активної віремії та системної запальної відповіді організму на реплікацію вірусу *FPV*. Важливою діагностичною ознакою, на яку ми звертали увагу під час збору анамнезу та візуального огляду, була специфічна статична поза хворих котів: тварини могли тривалий

час перебувати у вимушеному положенні безпосередньо над мискою з водою, проте акт пиття був відсутній через поєднання інтенсивної спраги з вираженою нудотою та гострим болем у епігастральній ділянці. Швидкий розвиток патологічного процесу супроводжувався наростаючими ознаками дегідратації, які проявлялися помітним зниженням тургору шкіри, сухістю та гіперемією слизових оболонок, а у важких випадках – характерним западанням очних яблук у орбіти. Клінічна картина доповнювалася гострими шлунково–кишковими розладами, серед яких домінувало профузне блювання з домішками жовчі та виснажлива діарея. Фекальні маси мали рідку консистенцію та характерний різкий специфічний запах, що, на нашу думку, свідчило про глибокі деструктивні зміни епітелію кишечника та активний розвиток вторинної мікрофлори на тлі вірусного ентериту. Окрім цього, при пальпації черевної стінки у більшості хворих котів ми відмічали значну болючість, потовщення стінок кишечника та збільшення мезентеріальних лімфатичних вузлів, що додатково підтверджувало наявність тяжкого запального процесу.

Основним та першочерговим етапом лабораторної діагностики в умовах клініки «Діавет» є гематологічне дослідження, яке ми проводили на автоматичному ветеринарному гематологічному аналізаторі *Mindray BC-2800Vet*. Для нас цей аналіз був не просто формальністю, а ключовим діагностичним та прогностичним інструментом, оскільки саме ступінь депресії лейкопоезу відображає реальну картину ураження організму вірусом *FPV*. Під час моніторингу стану 55 хворих тварин ми реєстрували виражену лейкопенію: нами встановлено, що середній рівень лейкоцитів (*WBC*) на момент госпіталізації пацієнтів становив $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$.

Проте особливу увагу ми приділяли критичним випадкам, де цей показник різко знижувався до 50 клітин/мкл, що свідчило про практично повну аплазію кісткового мозку. Ми помітили патогенетичну особливість: тоді як рівень лейкоцитів падав стрімко, показники еритроцитів та гемоглобіну на початкових етапах часто залишалися в межах фізіологічної норми. На нашу

думку, це пов'язано з вираженою гемоконцентрацією через зневоднення, що іноді може маскувати реальний ступінь анемії. Водночас у більшості пацієнтів ми фіксували прогресуючу тромбоцитопенію та зниження гематокриту, що в сукупності з глибокою лейкопенією прямо корелювало з ризиками розвитку сепсису та загальною виживаністю.

Таблиця 3.5

Морфологічні показники крові котів за панлейкопенії ($M \pm m$, $n=55$)

Біометричні показники	Одиниці виміру	Здорові тварини (n=10)	Хворі тварини (n=55)	Референтні межі (норма)
Лейкоцити (WBC)	$10^9/\text{л}$	$11,8 \pm 1,1$	$1,8 \pm 0,6$	5,5 – 19,5
Еритроцити (RBC)	$10^{12}/\text{л}$	$8,4 \pm 0,6$	$6,2 \pm 0,4$	5,0 – 10,0
Гемоглобін (HGB)	г/л	$128 \pm 7,5$	$102 \pm 5,8$	80 – 150
Гематокрит (HCT)	%	$39 \pm 2,1$	$31 \pm 2,4$	24 – 45
Тромбоцити (PLT)	$10^9/\text{л}$	$320 \pm 15,4$	$165 \pm 12,5$	200 – 600
Лейкограма:				
Сегментоядерні нейтрофіли	%	$59,5 \pm 3,1$	$18,2 \pm 2,4$	35 – 75
Лімфоцити	%	$31,1 \pm 2,5$	$78,5 \pm 4,2$	20 – 55
Біохімія:				
Загальний білок	г/л	$70,2 \pm 1,4$	$82,6 \pm 3,8$	54 – 77
Креатинін	мкмоль/л	$90,2 \pm 6,5$	$185,4 \pm 25,8$	70 – 165

Аналіз даних таблиці 3.5 свідчить про глибоку депресію білої крові, що є патогномонічною ознакою панлейкопенії котів. Встановлений нами рівень лейкопенії ($1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$) прямо корелює з тяжкістю перебігу хвороби та ризиком розвитку сепсису. Зниження кількості сегментоядерних нейтрофілів до 18,2% вказує на виснаження захисних сил організму. Водночас, зафіксована гіперпротеїнемія ($82,6 \pm 3,8$ г/л) та зростання рівня креатиніну свідчать про виражений ексикоз та преренальну азотемію, що виникли внаслідок профузного блювання та діареї.

Паралельно з гематологічним моніторингом, для швидкої ідентифікації антигену вірусу у фекаліях ми застосовували методи експрес– діагностики як першу лінію тестування (*point-of-care testing*). У лабораторії клініки «Діавет» використовували імунохроматографічні експрес–тести (ІХА), матеріалом для яких слугували зразки фекалій або ректальні мазки. Окрім стандартних візуальних тест– касет, що дають якісний результат (позитивно/негативно), нами активно застосовувався сучасний імунофлуоресцентний аналізатор *Vcheck V300*. Цей прилад дозволяв нам виявляти антиген збудника кількісно та з високою точністю, що значно підвищувало вірогідність верифікації діагнозу на ранніх етапах.

Головною перевагою методу ІХА та імунофлуоресценції – є швидкість отримання результату (протягом 10-15 хвилин). В умовах інтенсивного прийому це дозволяло нам негайно розпочати інтенсивну терапію та ізолювати тварину, не чекаючи відправки проб у сторонні лабораторії. Аналізуючи результати 55 обстежених тварин, ми встановили, що ІХА–тести мають дуже високу специфічність (94,2-100%), що практично виключало реєстрацію хибнопозитивних результатів у нашій практиці. Методику постановки імунохроматографічного аналізу та алгоритм зчитування результатів представлено на рисунку 3.2.

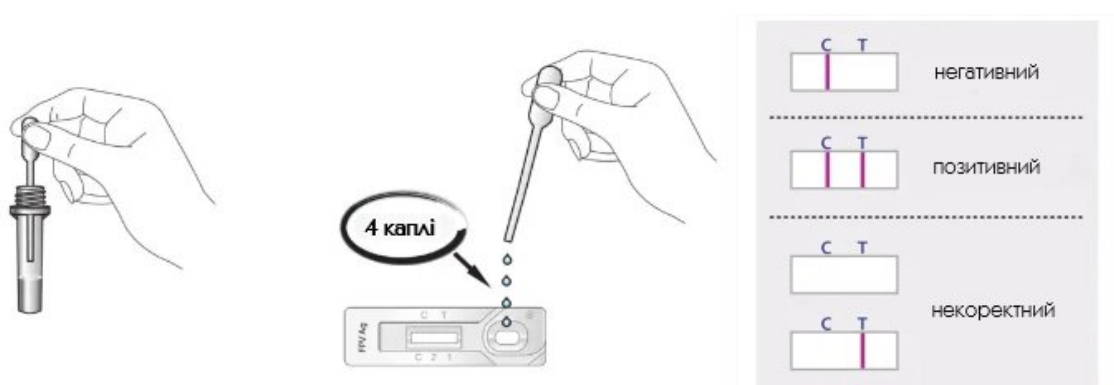


Рис. 3.2 – Алгоритм проведення та інтерпретація результатів імунохроматографічного експрес– тесту на панлейкопенію котів

Однак ми звертали увагу на те, що чутливість методу є помірною (50-80%), особливо у фазах низької екскреції вірусу (на дуже ранніх або вже термінальних стадіях хвороби). З огляду на це, у своїй роботі ми керувалися правилом: негативний результат експрес-тесту не виключає наявності інфекції повністю. У випадках, коли клінічна картина (блювання, дегідратація) та результати аналізатора *Mindray* (критична лейкопенія) вказували на панлейкопенію, а експрес-тест був негативним, ми проводили повторні дослідження або використовували метод ПЛР для остаточної верифікації. Цей метод є найбільш точним для ідентифікації ДНК вірусу і дозволяє виявити збудника навіть у латентних носіїв. Використання інтегрального діагностичного алгоритму (клінічні ознаки, ІХА та ПЛР) забезпечує високу точність верифікації збудника на рівні 80%.

Додаткову діагностичну цінність у клініці «Діавет» має інструментальний метод – ультразвукографія (УЗД) органів черевної порожнини. Вона дозволяє візуалізувати неспецифічні, але характерні структурні зміни тонкого кишечника, зокрема дифузне витончення його слизової оболонки та гіперехогенність шарів. При ультразвукографії нами найчастіше реєструвалося зниження перистальтики (атонія) та значне потовщення стінки дванадцятипалої кишки до 3,5-4,0 м.

Ми переконалися, що такий інтегральний підхід – поєднання миттєвого виявлення вірусу за допомогою Vcheck та глибокого аналізу крові на *Mindray* – дозволяє виставити діагноз «панлейкопенія» з максимальною впевненістю вже в перші хвилини прийому (таб.3.6). Це давало нам можливість негайно ізолювати тварину в інфекційний стаціонар та розпочати агресивну підтримуючу терапію, не чекаючи на результати тривалих лабораторних досліджень.

Таблиця 3.6

Диференціальна діагностика панлейкопенії котів у ВК «Діавет»

Ознака	Панлейкопенія (FPV)	Коронавірусний ентерит	Сторонні тіла у ШКТ
Температура	Гіпертермія (40,5–41,5 °C)	Нормальна або субфебрильна	Переважно нормальна
Лейкоцити	Критична лейкопенія	Норма або легка лейкопенія	Лейкоцитоз
Блювання	Виснажливе, з жовчю	Рідке або відсутнє	Повторюване
ІХА– тест	Позитивний	Негативний	Негативний

3.3. Лікування панлейкопенії котів.

Для визначення найбільш ефективного терапевтичного протоколу в умовах клініки «Діавет», ми проаналізували результати лікування 55 котів, які були розділені на дві групи залежно від застосованих схем терапії.

Група I (Контрольна, n=25): застосовувався базовий протокол, що включав стандартну антибіотикотерапію (цефалоспорины) та інфузійну підтримку кристалоїдами (Розчин Рінгера).

Група II (Дослідна, n=30): застосовувався розширений протокол із використанням збалансованого розчину «Стерофундін ISO», поєднаної антибіотикотерапії, ранньої гастропротекції та імунокорекції. Детальний склад схем наведено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняльна характеристика схем лікування панлейкопенії котів.

Напрямок терапії	Група I (Базова схема)	Група II (Покращена схема)
Етіотропна терапія	Глобфел– 4 (дворазово)	Глобфел– 4 (триразово) + Феліферон
Антибіотикотерапія	Цефтріаксон (50 мг/кг, 1 р/д)	Цефтріаксон + Синулокс (8,75 мг/кг)
Інфузійна терапія	Розчин Рінгера (в/в, краплинно)	Стерофундін ISO (в/в через інфузомат)
Гастропротекція	Не застосовувалася	Омез (1 мг/кг, в/в) + Квамател
Симптоматична дія	Метоклопрамід	Маропітант (Серенія) + Вітаміни гр. B

Оскільки панлейкопенія супроводжується глибокою імуносупресією, критично важливим було недопущення септичних ускладнень. У Групі I ми обмежувалися цефалоспоринами, проте досвід Групи II показав, що поєднання цефтріаксону з амоксициліном/клавуланатом дає ширше охоплення патогенної мікрофлори. Це було особливо помітно у пацієнтів із профузною діареєю, де ризик бактеріальної транслокації через пошкоджений епітелій кишечника був найвищим. Для специфічної підтримки імунітету ми використовували сироватку Глобфел-4, яка вводилася підшкірно. Ми помітили, що триразове введення з інтервалом 24 години (Група II) забезпечувало стабільнішу позитивну динаміку порівняно з дворазовим введенням.

Основним викликом для нас була важка дегідратація та ацидоз. У Групі I використання розчину Рінгера дозволяло лише частково компенсувати втрату рідини. Натомість у Групі II ми застосовували Стерофундін *ISO*. Це збалансований розчин, який містить малат – компонент, що окислюється в тканинах і допомагає швидше усунути метаболічний ацидоз. Завдяки використанню інфузоматів нам вдалося підтримувати стабільну швидкість введення розчинів (від 2 до 5 мл/кг/год залежно від ступеня ексикозу), що запобігало ризику розвитку набряку легень або перевантаження серця на тлі гіпоальбумінемії.

Панлейкопенія викликає глибоке ураження слизової оболонки шлунка. Для запобігання утворенню виразок та ерозій ми застосовували Омез (омепразол). Це дозволило нам знизити кислотність шлункового соку та захистити стінки органа. Одним із ключових факторів успіху в Групі II стало застосування Маропітанту (Серенії). На відміну від метоклопраміду, який ми використовували в першій групі, Маропітант діє центрально на блювотний центр, що дозволяло припинити нудоту вже після першої ін'єкції. Це було критично важливо для переходу до наступного етапу – дієтотерапії.

Ми переконалися, що тривале голодування (більше 48 годин) негативно впливає на регенерацію ворсинок кишечника. Тому в Групі II ми впровадили протокол раннього ентерального харчування. Як тільки блювання було купіроване за допомогою Серенії, ми вводили невеликі порції рідкої дієти *Royal Canin Gastrointestinal High Caloriet* або спеціалізованих паштетів. Перші 24 години після блювання – харчування через кожні 2 години малими порціями (по 2-5 мл). Наступні 48 годин: поступове збільшення об'єму порцій до норми.

Такий підхід дозволяв підтримувати колоноцити та запобігати атрофії слизової оболонки кишечника, що в результаті пришвидшувало формування оформленого калу в середньому на 2 дні раніше, ніж у тварин, які перебували на тривалій голодній дієті (таб. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка зникнення клінічних ознак (у добах, $M \pm m$)

Клінічний симптом	Група I (n=25)	Група II (n=30)	Рівень вірогідності (p)
Припинення блювання	3,4±0,4	1,8 ± 0,2	< 0,05
Стабілізація т-ри тіла	4,1±0,5	2,5 ± 0,3	< 0,05
Поява апетиту	5,8±0,6	3,9 ± 0,4	< 0,05
Оформлений кал	7,2±0,8	5,1 ± 0,5	< 0,05

3.4. Профілактика панлейкопенії котів.

Профілактичні заходи, що впроваджуються у ветеринарній клініці «Діавет», мають комплексний характер і спрямовані на створення стабільного імунного фону серед популяції котів та мінімізацію ризиків поширення вірусу *FPV* у зовнішньому середовищі. Пріоритетним напрямком нашої роботи є специфічна імунопрофілактика, яка базується на застосуванні сучасних високоефективних вакцин. У клінічній практиці ми віддаємо перевагу комплексним препаратам, що забезпечують одночасний захист від

панлейкопенії, інфекційного ринотрахеїту та каліцивірозу котів. Нами було встановлено, що найбільш стабільний імунний відгук забезпечують живі та інактивовані вакцини провідних світових виробників, характеристики яких представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Характеристика основних біопрепаратів для специфічної
профілактики панлейкопенії у ВК «Діавет».**

Торгова назва вакцини	Виробник	Тип антигену FPV	Рекомендований вік (перша вакцинація)
Nobivac Tricat Trio	MSD (Нідерланди)	Живий атенуйований	8–9 тижнів
Felocell 4	Zoetis (США)	Живий атенуйований	8 тижнів
Biofel PCH	Bioveta (Чехія)	Інактивований	8–10 тижнів
Purevax RCP	Boehringer Ingelheim (Франція)	Живий атенуйований	8 тижнів

Процес імунізації суворо регламентований і розпочинається з обов'язкової передвакцинальної підготовки. За 10-14 днів до щеплення ми рекомендуємо проведення дегельмінтизації, оскільки ендопаразити виділяють токсини, що пригнічують імунну відповідь. Безпосередньо у день візиту лікар проводить ретельний клінічний огляд: термометрію, огляд слизових оболонок, пальпацію лімфатичних вузлів та аускультацию. Вакцинації підлягають лише клінічно здорові тварини. Особливу увагу ми приділяємо дотриманню «холодового ланцюга» під час транспортування та зберігання біопрепаратів (+2...+8 °C), що є критичною умовою збереження їхньої імуногенності.

Згідно з сучасними міжнародними протоколами (*AAFP*) та практикою ВК «Діавет», ми практично відмовилися від традиційного введення вакцин у ділянку холки. Це зумовлено високим ризиком розвитку поствакцинальної саркоми котів (*FISS*) – агресивної пухлини, хірургічне видалення якої у міжлопатковій зоні є вкрай складним. Технічно вакцинація проводиться підшкірно з дотриманням правила територіального розмежування: комплексні

вакцини (*FPV*) вводяться в ділянку передньої правої кінцівки (нижче ліктьового суглоба), вакцини проти сказу – у задню праву кінцівку (нижче колінного суглоба). Це дозволяє чітко ідентифікувати препарат у разі місцевої реакції та забезпечує безпеку пацієнта.

Відповідно до рекомендацій *WSAVA*, ми дотримуємося схеми: перша доза у віці 8-9 тижнів, ревакцинація у 12 тижнів для подолання впливу материнських антитіл, та подальші щорічні щеплення. Загальна профілактика в умовах клініки базується на суворому дезінфекційному режимі. Враховуючи стійкість вірусу панлейкопенії, ми використовуємо дезінфектанти з доведеною віруліцидною дією, зокрема «Екоцид С» та розчини на основі гіпохлориту натрію. Обробка маніпуляційних столів та обладнання проводиться після кожного пацієнта. У «Діавет» діє режим суворого розділення потоків: тварини з підозрою на вірусні інфекції негайно направляються в інфекційний стаціонар через окремий вхід. Весь інвентар (миски, термометри, лотки) у стаціонарі є індивідуальним. Постійне використання кварцових ламп відкритого типу та бактерицидних рециркуляторів дозволяє підтримувати належний санітарний стан приміщень.

Важливою частиною нашої роботи є консультування власників щодо неприпустимості безконтрольного вигулу тварин та важливості гігієни рук після контакту з іншими котами, що значно знижує ризик занесення вірусу в домашнє середовище.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Панлейкопенія котів (інфекційний ентерит) залишається однією з найбільш небезпечних та висококонтагіозних вірусних патологій у сучасному мегаполісі. Захворювання характеризується гострим перебігом, лихоманкою, тяжким ураженням шлунково–кишкового тракту, респіраторним синдромом та критичною лейкопенією, що призводить до глибокої інтоксикації та дегідратації. Проведені нами комплексні дослідження на базі ветеринарної клініки «Діавет» (м. Київ) дозволили всебічно проаналізувати особливості перебігу цієї хвороби та оцінити ефективність сучасних методів боротьби з нею.

Ретроспективний аналіз документації клініки за період 2024-2025 рр. підтвердив, що територія м. Києва залишається неблагополучною щодо панлейкопенії. Захворювання має чітко виражений сезонний характер із піками у весняно–осінній період, що корелює з активною міграцією безпритульних тварин. Встановлено, що найбільш вразливою групою є коти у віці від 2 до 12 місяців (період зниження колострального імунітету). Серед породних груп найчастіше хворіли безпородні тварини, а також представники перської, ангорської та сіамської порід, які не мали стабільного імунного фону через відсутність вакцинації.

Діагностичний алгоритм у ВК «Діавет» продемонстрував високу точність (на рівні 80%) завдяки інтеграції клінічних та лабораторних методів. Ключовим патогномонічним маркером було визначено глибоку депресію лейкопоезу: у досліджуваних тварин ($n=55$) середній рівень лейкоцитів (*WBC*) становив $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, що відображає ступінь аплазії кісткового мозку вірусом *FPV*. Для швидкої верифікації збудника ефективно застосовувалися імунохроматографічний аналіз (*VetExpert FPV Ag*) та кількісне визначення антигену на імунофлуоресцентному аналізаторі *Vcheck V300* у поєднанні з УЗД–діагностикою (візуалізація потовщення стінок кишечника до 4 мм).

Аналізуючи результати лабораторного та інструментального моніторингу, ми виявили чітку патогенетичну залежність між ступенем депресії лейкопоезу та ультрасонографічною картиною ураження травного каналу. Критичне зниження рівня білих кров'яних тілець нижче показника $1,5 \times 10^9/\text{л}$ у перші трое суток госпіталізації в поєднанні з втратою шаруватості стінки тонкої кишки та наявністю реактивного асцити за даними УЗД слугувало надійним негативним прогностичним критерієм. Натомість стабілізація кількості лейкоцитів або поява навіть незначного регенераторного зсуву на 4-5 добу лікування корелювала з початком відновлення бар'єрної функції кишечника. Це доводить, що інтеграція щоденного гематологічного профілю на аналізаторі Mindray BC-2800Vet та локального ультразвукового моніторингу є обов'язковим елементом не лише первинної діагностики, а й динамічного прогнозування перебігу панлейкопенії.

Порівняльний аналіз двох схем лікування довів перевагу комплексного підходу. Найкращі результати продемонструвала Група II (86,7% одужання), де застосовувався покращений протокол: використання збалансованого розчину «Стерофундін ISO» для корекції електролітного балансу, центральна протиблювотна дія Маропітанту, рання гастропротекція Омепразолом та антибіотикотерапія широкого спектра, впровадження протоколу раннього ентерального харчування дієтою *Royal Canin Gastrointestinal*, що дозволило пришвидшити регенерацію слизової оболонки та скоротити термін госпіталізації в середньому на 2,2 доби.

Висока терапевтична ефективність покращеного протоколу (Група II), яка дозволила досягти 86,7% виживання, базується на усуненні провідних ланок танатогенезу дегідратації та септичного стану. Застосування іонно-збалансованого кристалоїдного розчину "Стерофундін ISO" забезпечило фізіологічну корекцію метаболічного ацидозу та водноелектролітних втрат без ризику гіперосмолярних ускладнень, що є критичним для виснажених кошенят. Особливе патофізіологічне значення мав відхід від застарілої практики тривалої голодної дієти на користь раннього ентерального

харчування. Введення спеціалізованої високозасвоюваної дієти Royal Canin Gastrointestinal на тлі повної зупинки блювання маропітантом забезпечило безперервне надходження нутрієнтів (зокрема глютаміну) безпосередньо до ентероцитів. Це суттєво пригнічувало атрофію кишкових ворсинок, запобігало транслокації ендогенної мікрофлори у системне русло та знижувало ризик розвитку синдрому системної запальної відповіді (SIRS).

Узагальнюючи дані, ми дійшли висновку, що контроль над інфекцією можливий лише за умови суворого дотримання графіків вакцинації комплексними препаратами (*Nobivac Tricat Trio*, *Felocell 4*). Раціональною схемою визначено первинне щеплення у 8 тижнів із ревакцинацією у 12 тижнів. Важливим елементом роботи клініки є впровадження техніки введення вакцин у кінцівки «нижче ліктя/коліна» (згідно з рекомендаціями *AAFP*) для мінімізації ризиків поствакцинальної саркоми, а також підтримання жорсткого дезінфекційного режиму із застосуванням препарату «Екоцид С».

Впровадження сучасного діагностично–лікувального алгоритму у ВК «Діавет» є клінічно обґрунтованим, оскільки дозволяє досягти високого відсотка виживання пацієнтів та скоротити терміни їх перебування у стаціонарі. Водночас системна організація охорони праці в клініці забезпечує надійний захист персоналу від біологічних загроз та механічних травм під час роботи з інфекційними пацієнтами.

Таким чином, розроблений та апробований комплексний підхід дозволяє суттєво знизити летальність при панлейкопенії котів та забезпечити високу якість ветеринарної допомоги в умовах приватної клініки.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу епізоотичної ситуації у зоні обслуговування ВК «Діавет» (м. Київ) встановлено, що панлейкопенія котів залишається стаціонарним захворюванням із вираженою сезонністю (весна–осінь). Найбільш вразливою групою є молоді тварини віком від 2 до 12 місяців, причому серед захворілих переважають невакциновані безпородні коти, а також представники перської та сіамської порід.

2. Клінічний прояв панлейкопенії характеризується гострим перебігом із розвитком гастроентериту, дегідратації та вираженої пригніченості. Встановлено, що патогномонічним лабораторним показником є критична лейкопенія: у досліджуваних пацієнтів середній рівень лейкоцитів становив $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, що підтверджує глибоке ураження червоного кісткового мозку.

3. Сучасна діагностика у клінічних умовах повинна мати комплексний характер. Найвищу ефективність демонструє поєднання гематологічного моніторингу (аналізатор *Mindray*), ультразвукового дослідження кишечника (фіксація потовщення стінок до 4 мм) та швидкої імунохроматографічної верифікації антигену вірусу *FPV* (тести *VetExpert* та аналізатор *Vcheck V300*).

4. Порівняльний аналіз терапевтичних стратегій довів перевагу інтенсивного протоколу лікування (Група II). Застосування збалансованого розчину «Стерофундін *ISO*», центрального антиеметику Маропітанту та ранньої гастропротекції дозволило підвищити рівень одужання пацієнтів до 86,7%, що на 14,7% вище порівняно з базовою схемою.

5. Впровадження протоколу раннього ентерального харчування спеціалізованою дієтою *Royal Canin Gastrointestinal* (після купірування блювання) сприяє прискоренню регенерації ворсинок кишечника. Це дозволяє скоротити термін госпіталізації тварин у середньому на 2,2 доби та пришвидшити відновлення маси тіла.

6. Специфічна профілактика панлейкопенії є надійною лише за умови дотримання протоколів вакцинації (*Nobivac Tricat Trio, Felocell 4*). Для мінімізації поствакцинальних ускладнень доцільно використовувати техніку введення препаратів у ділянки кінцівок «нижче ліктя/коліна». Біобезпека в умовах клініки забезпечується суворим розділенням потоків пацієнтів та використанням віруліцидних дезінфектантів («Екоцид С»).

7. Впровадження розробленого діагностично–лікувального алгоритму у ветеринарну практику є клінічно та господарсько виправданим, оскільки забезпечує високий терапевтичний ефект, знижує летальність та відповідає сучасним вимогам охорони праці ветеринарного персоналу.

ПРОПОЗИЦІЇ ВИРОБНИЦТВУ

На основі проведених досліджень та отриманих результатів у ветеринарній клініці «Діавет» (м. Київ), для покращення якості діагностики, терапії та профілактики панлейкопенії котів ветеринарним спеціалістам пропонується:

1. Впровадити обов'язкове скринінгове тестування для всіх котів, що надходять на прийом із характерним симптомокомплексом: гострим пригніченням (зустрічається у 94,5% випадків), гіпертермією та геморагічним гастроентеритом. Використання ІХА–експрес–тестів на антиген *FPV* як методу «*point-of-care*» дозволяє верифікувати діагноз протягом 10-15 хвилин і негайно ізолювати тварину в інфекційний стаціонар.

2. Застосовувати загальний клінічний аналіз крові як першочерговий прогностичний інструмент. Ветеринарним лікарям слід враховувати, що рівень лейкопенії (середнє значення у хворих тварин – $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$) прямо корелює з ризиками розвитку сепсису та показником летальності. Гематологічний моніторинг має проводитися в динаміці для оцінки ефективності терапії.

3. Дотримуватися комплексного підходу до інтенсивної терапії, що включає не лише агресивну інфузійну підтримку для корекції дегідратації, а й обов'язковий контроль вторинної мікрофлори антибіотиками широкого спектра (цефалоспорины III покоління, амоксицилін). У випадках важкої гіпопротеїнемії рекомендується застосовувати гемотрансфузію (плазми або цільної крові) для стабілізації онкотичного тиску пацієнта.

4. Впроваджувати протоколи раннього ентерального харчування спеціалізованими дієтами (наприклад, *Royal Canin Gastrointestinal*) одразу після купірування блювання. Це сприяє швидшій регенерації ворсинок кишечника, скорочує термін перебування тварини в стаціонарі та підвищує загальний відсоток виживання.

5. Посилити просвітницьку роботу серед власників тварин щодо критичної важливості специфічної імунопрофілактики. Необхідно

наголошувати, що вакцинація комплексними препаратами (*Nobivac Tricat Trio*, *Purevax RCP* або *Biofel PCH*), розпочата у віці 8-9 тижнів, є єдиним надійним способом контролю інфекції, оскільки 95% хворих пацієнтів у дослідженні не мали діючого вакцинального статусу.

6. Забезпечити постійне підвищення кваліфікації персоналу щодо сучасних протоколів діагностики та ведення тварин із вірусними інфекціями, спираючись на актуальні рекомендації міжнародних організацій, таких як *WSAVA* та *ABCD*.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Влізло, В. В., Федорук, Р. С., & Ратич, І. Б. (2012). *Лабораторні методи дослідження у біології, тваринництві та ветеринарній медицині: Довідник*. ВНС.
2. Денисова, К. О., Головка, В. О., & Смолянінов, В. К. (2016). Ефективність лікувально-профілактичних заходів при панлейкопенії котів в умовах приватних ветеринарних клінік м. Харкова. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького*, 18(4), 125–130.
3. Закон України «Про ветеринарну медицину». (2006). (зі змінами та доповненнями).
4. Закон України «Про охорону праці». (1992). (зі змінами та доповненнями).
5. Колич, Н. Б. (2019). Патоморфологічні зміни у котів за панлейкопенії. *Ukrainian Journal of Veterinary Sciences*, 10(1), 22–29.
6. Конституція України. (1996). Офіційне видання. Верховна Рада України.
7. Левченко, В. І., Влізло, В. В., Кондрахін, І. П. та ін. (2002). *Ветеринарна клінічна біохімія* (В. І. Левченко & В. Л. Галяс, ред.). БДАУ.
8. Левченко, В. І., Соколюк, В. М., Беженар, А. А. та ін. (2019). *Клінічна діагностика хвороб тварин* (В. І. Левченко, ред.). Білоцерківський НАУ.
9. Недосєков, В. В., & Козловська, Г. В. (2018). *Інфекційні хвороби дрібних домашніх тварин*. Поліграф Клініка.
10. Поліщук, В. В., Головка, А. М., & Ревенко, І. П. (2007). *Епізоотологія з мікробіологією* (В. В. Поліщук, ред.). Вища освіта.
11. Ситнік, В. А., & Касьяненко, О. І. (2020). Епізоотологічний моніторинг вірусних інфекцій котів у великих містах України. *Вісник Сумського*

- національного аграрного університету. Серія: Ветеринарна медицина, 1(48), 45–51.
12. Ящук, Л. В., Черевач, Н. В., & Вінніков, А. І. (2014). Моніторинг розповсюдження вірусів серед домашніх котів і собак у м. Дніпропетровськ. *Вісник Дніпропетровського університету. Біологія, медицина*, 5(1), 23–27.
 13. ABCD. (2020). *Guideline for feline panleukopenia*. European Advisory Board on Cat Diseases.
 14. Aditya, A., Pratiwi, A., & Jamin, F. (2023). Feline panleukopenia in domestic cat: A case report. *Veterinary Letters and Science (VELSI)*, 1(1), 16–21.
 15. Awad, R. A., Hassan, S. A., & Martens, B. (2019). Treatment of feline panleukopenia virus infection in naturally infected cats and its assessment. *Journal of Biological Sciences*, 19(2), 155–160.
 16. Barrs, V. R. (2019). Feline Panleukopenia: A re-emerging disease. *Australian Veterinary Journal*, 97(10), 419–425.
 17. Bergmann, M., et al. (2019). Efficacy of vaccination against feline panleukopenia virus. *Viruses*, 11(12), 1155.
 18. Dascalu, M. A., Bocaneti, F. D., Soreanu, O., Tutu, P., Cozma, A., Morosan, S., & Tanase, O. (2024). Filgrastim efficiency in cats naturally infected with feline panleukopenia virus. *Animals*, 14(24), Article 3582.
 19. Day, M. J., et al. (2016). WSAVA Guidelines for the vaccination of dogs and cats. *Journal of Small Animal Practice*, 57(1).
 20. Decaro, N., Carmichael, L. E., & Buonavoglia, C. (2012). Viral reproductive pathogens of dogs and cats. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 42(3), 583–598.
 21. Dinnage, J. D., Scarlett, J. M., & Richards, J. R. (2009). Descriptive epidemiology of feline upper respiratory tract disease in an animal shelter. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 11(10), 816–825.
 22. Edinboro, C. H., Ward, M. P., & Glickman, L. T. (2004). A placebo-controlled trial of two intranasal vaccines to prevent tracheobronchitis

- (kennel cough) in dogs entering a humane shelter. *Preventive Veterinary Medicine*, 62(2), 89–99.
23. Ettinger, S. J., Feldman, E. C., & Côté, E. (Eds.). (2024). *Textbook of veterinary internal medicine* (9th ed.). Elsevier.
 24. Gülersoy, E., Balıkçı, C., Erol, B. B., Şahan, A., & Günal, İ. (2023). Diagnostic performances of clinical and hematological parameters in cats naturally infected with feline panleukopenia virus. *Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society*, 74(3), 6051–6062.
 25. Hartmann, K., & Sykes, J. E. (2017). *Drug therapy for infectious diseases of the dog and cat*. Elsevier.
 26. Isaya, R., Ciccarelli, S., et al. (2021). Gastrointestinal ultrasonographic findings in cats with feline panleukopenia: A case series. *BMC Veterinary Research*, 17(1), 20.
 27. Jacobson, L. S., Janke, K. J., Giacinti, J., & Weese, J. S. (2021). Diagnostic testing for feline panleukopenia in a shelter setting: A prospective, observational study. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 23(12), 1192–1199.
 28. Jenkins, E., et al. (2020). Feline panleukopenia virus: Update on diagnostics and management. *Veterinary Record*, 187(8), 312–318.
 29. Jenkins, E., Davis, C., Carrai, M., Ward, M. P., & Barrs, V. R. (2021). Feline panleukopenia: A review of current knowledge. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 23(10), 920–935.
 30. Latifah, A. C., Frismana, R. A., Darantika, G., & Putri, D. R. (2023). Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, clinical management, and prevention of feline panleukopenia virus in cats. *Veterinary Letters and Science (VELSI)*, 1(1), 11–15.
 31. Marenzoni, M. L., Antognoni, M. T., et al. (2018). Detection of parvovirus and herpesvirus DNA in the blood of feline and canine blood donors. *Veterinary Microbiology*, 224, 66–69.

32. Miller, L., Janeczko, S., & Hurley, K. F. (Eds.). (2021). *Infectious disease management in animal shelters* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
33. Mouzin, D. E., Lorenzen, M. J., Haworth, J. D., & King, V. L. (2004). Duration of serologic response to three viral antigens in cats. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 224(1), 61–66.
34. Porporato, F., Horzinek, M. C., et al. (2018). Survival estimates and outcome predictors for shelter cats with feline panleukopenia virus infection. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 253(2), 188–195.
35. Proksch, A. L., Mende, K., Bergmann, M., & Hartmann, K. (2018). Feline panleukopenia - the important role of antibodies. *Tierärztliche Praxis. Ausgabe K, Kleintiere/Heimtiere*, 46(1), 49–56.
36. Scott, F. W., & Geissinger, C. M. (1999). Long-term immunity in cats vaccinated with an inactivated trivalent vaccine. *American Journal of Veterinary Research*, 60(5), 652–658.
37. Stone, A. E., Brummet, G. O., Carozza, E. M., et al. (2020). 2020 AAHA/AAFP Feline Vaccination Guidelines. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 22(9), 813–830.
38. Stuetzer, B., & Hartmann, K. (2014). Feline parvovirus infection and associated diseases. *The Veterinary Journal*, 201(2), 150–155.
39. Sykes, J. E. (Ed.). (2022). *Feline Panleukopenia Virus Infection*. In: Greene's Infectious Diseases of the Dog and Cat (5th ed.). Saunders.
40. Sykes, J. E. (Ed.). (2024). *Introduction to diseases, diagnosis, and management of dogs and cats*. Elsevier.
41. Truyen, U., Addie, D., et al. (2009). Feline panleukopenia. ABCD guidelines on prevention and management. *Journal of Feline Medicine and Surgery*, 11(7), 538–546.
42. UC Davis Koret Shelter Medicine Program. (2016). *Information sheet: Feline panleukopenia*.

43. Uyurca, T., & Haydardedeoğlu, A. E. (2025). Feline panleukopenia - Effects of treatment with filgrastim on mortality, hematological and biochemical parameters. *Acta Scientiae Veterinariae*, 53, Article 1979.
44. Van Brussel, K., et al. (2019). Distinct Lineages of Feline Parvovirus Associated with Epizootic Outbreaks in Australia, New Zealand and the United Arab Emirates. *Viruses*, 11(12), 1155.

ДОДАТКИ

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДНУ «ІНСТИТУТ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗМІСТУ ОСВІТИ»
ДУ «НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР ВИЩОЇ
ТА ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ»**



**Всеукраїнська науково-практична конференція
здобувачів вищої освіти**

«МОЛОДЬ – АГРАРНИЙ НАУЦІ І ВИРОБНИЦТВУ»

Актуальні проблеми ветеринарної медицини

18 березня 2026 року

**Біла Церква
2026**

4. Вакцинопрофілактика знижує ризик важкого перебігу у 3,5 рази, летальність – у 7 разів і коштує у 6 разів менше найдешевшого лікувального протоколу, що обґрунтовує її абсолютний пріоритет

5. Організаційно-просвітні заходи здатні підвищити вакцинальне охоплення на 15–20 % за рік, що дозволяє запобігти значній частині випадків захворювання та зменшити економічний збиток власників і завантаженість стаціонарного відділення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Miranda C., Thompson G. Canine parvovirus: the worldwide occurrence of antigenic variants. *Journal of General Virology*. 2016. Vol. 97, No. 9. P. 2043–2057. DOI: <https://doi.org/10.1099/jgv.0.000540>
2. Venn E. C., Preisner K., Boscan P. L. et al. Evaluation of an outpatient protocol in the treatment of canine parvoviral enteritis. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*. 2017. Vol. 27, No. 1. P. 52–65. DOI: <https://doi.org/10.1111/vec.12561>
3. Horecka K., Porter S., Amirian E. S. et al. A decade of treatment of canine parvovirus in an animal shelter: A retrospective study. *Animals*. 2020. Vol. 10, No. 6. Article 939. DOI: <https://doi.org/10.3390/ani10060939>
4. 2024 AAHA Canine Vaccination Guidelines / R. B. Ellis, J. S. Bell, S. J. Berent et al. *Journal of the American Animal Hospital Association*. 2024. Vol. 60, No. 3. P. 101–123. DOI: <https://doi.org/10.5326/JAAHA-MS-7431>
5. Decaro N., Buonavoglia C. Canine parvovirus: an ongoing evolutionary story. *Veterinary Research*. 2022. Vol. 53, No. 1. Art. 61. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13567-022-01077-7>
6. Probiotic as an adjunctive therapy in the management of canine parvoviral enteritis: a randomized controlled trial / S. J. Kim, J. H. Lee, J. S. Kang et al. *Journal of Veterinary Internal Medicine*. 2023. Vol. 37, No. 2. P. 450–459. DOI: <https://doi.org/10.1111/jvim.16641>

УДК 619:616.9-07:636.8

РУДЕНКО Т.І., магістрантка

Науковий керівник – ЦАРЕНКО Т.М., канд. вет. наук

Білоцерківський національний аграрний університет

ДІАГНОСТИКА ТА КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАНЛЕЙКОПЕНІЇ КОТІВ В УМОВАХ ВЕТЕРИНАРНОЇ КЛІНІКИ

У роботі на прикладі 55 пацієнтів клініки «Діавет» (м.Київ) проаналізовано перебіг панлейкопенії котів. Встановлено, що у 80% випадків діагноз підтверджено методами ІХА та ПЛР, а ступінь лейкопенії є ключовим прогностичним маркером для розробки стратегії інтенсивної терапії. Встановлено, що ключовим прогностичним маркером хвороби є ступінь лейкопенії, а своєчасне застосування експрес-тестів та ПЛР-діагностики є вирішальним для розробки стратегії інтенсивної терапії.

Ключові слова: панлейкопенія котів, клінічна діагностика, ПЛР-дослідження, специфічна профілактика.

Панлейкопенія котів (викликана вірусом панлейкопенії котів, ВПК, *Feline Panleukopenia Virus, FPV*) залишається однією з найбільш епізоотологічно значущих інфекцій родини *Felidae* у всьому світі [1]. Високий рівень контагіозності та значна летальність, яка серед невакцинованого молодняку може сягати 90%, зумовлені унікальною стійкістю збудника до фізико-хімічних чинників довкілля та його здатністю зберігати інфекційну активність протягом тривалого часу. Збудник має виражений тропізм до клітин із високою мітотичною активністю, що призводить до системної деструкції тканин [2, 3].

Ключовими ланками патогенезу є масивне руйнування кишкового епітелію та виражена депресія гемопоєзу в кістковому мозку. Це клінічно маніфестує критичною лейкопенією (часто нижче 1000–2000 клітин/мм³), геморагічним гастроентеритом та вторинною бактеріальною транслокацією, яка нерідко завершується розвитком сепсису та ДВЗ-синдрому. Важливим прогностичним маркером є часовий поріг: стабілізація стану пацієнта протягом перших 5 діб суттєво підвищує шанси на одужання [1].

Мета роботи: дослідити особливості клінічного прояву та гематологічних показників за панлейкопенії котів, а також оцінити ефективність інтегрального підходу до діагностики цієї патології в умовах ветеринарної клініки «Діавет» (м.Київ).

Сучасний діагностичний алгоритм вимагає інтегративного підходу, де первинна клінічна підозра має обов'язково підтверджуватися лабораторними методами. У період 2024–2025 рр. на базі ветеринарної клініки «Діавет» (м. Київ) було проведено обстеження 55 тварин із клінічною підозрою на ВПК, переважна більшість з них або не були вакциновані або схема вакцинації була порушена. У 80% випадків (44 пацієнти) первинний діагноз було верифіковано позитивними результатами імунохроматографічних експрес-тестів (ІХА) або ПЛР-дослідження. В умовах ветеринарної клініки «Діавет» (м. Київ) імунохроматографічні експрес-тести (ІХА) залишаються незамінним інструментом швидкої верифікації антигену у фекаліях, попри їхню обмежену чутливість у певних фазах екскреції. ПЛР-діагностика на сьогодні є найбільш точним методом ідентифікації ДНК вірусу, що дозволяє виявити збудник навіть у латентних носіїв. Додаткову діагностичну цінність має УЗД-дослідження, яке дозволяє візуалізувати характерне дифузне витончення слизової оболонки тонкого кишечника. Аналіз гематологічного профілю підтверджених випадків показав, що середній рівень лейкоцитів у хворих тварин на момент госпіталізації становив $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, при цьому у 15% пацієнтів спостерігалася критична лейкопенія нижче $1,0 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$.

Оскільки специфічної антивірусної терапії проти ВПК наразі не розроблено, основу лікування становить інтенсивна підтримуюча терапія. Пріоритетними напрямками є парентеральна регідратація ізотонічними кристалоїдними розчинами для корекції електролітних розладів, застосування антибіотиків широкого спектра дії (амоксацилін, цефалоспорини) для контролю сепсису та раннє відновлення харчування пацієнта. У випадках критичної гіпопротеїнемії життєво необхідною маніпуляцією для відновлення онкотичного тиску є трансфузія плазми або цільної крові.

Отримані результати підтверджують, що панлейкопенія в умовах мегаполіса може розповсюджуватися за умови відсутності вакцинального імунітету у котів. Виявлена нами кореляція між рівнем лейкопенії ($1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$) та виживаністю пацієнтів вказує на те, що гематологічний моніторинг є не лише діагностичним, а й об'єктивним прогностичним інструментом. Високий відсоток верифікації діагнозу (80%) за допомогою комбінації ІХА свідчить про доцільність використання експрес-методів як першої лінії діагностики ("*point-of-care testing*"), що дозволяє негайно розпочати інтенсивну терапію ще до отримання результатів у ПЛР з лабораторії.

Встановлено, що панлейкопенія котів характеризується високою кореляцією між клінічною маніфестацією та критичним зниженням рівня лейкоцитів (у середньому до $1,8 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$), що дозволяє використовувати загальний клінічний аналіз крові як першочерговий прогностичний маркер. Використання інтегрального діагностичного алгоритму (клінічні ознаки, гематологічні показники ІХА та лабораторне підтвердження за ПЛР) забезпечує високу точність верифікації збудника (80%), що є важливим для негайного впровадження протоколів інтенсивної терапії. Основним вектором контролю інфекції залишається специфічна імунопрофілактика згідно з актуальними стандартами WSAVA, оскільки відсутність епіотропного лікування робить превентивні заходи єдиним ефективним способом зниження летальності в популяції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Truyen U, Addie D, Belák S, Boucraut-Baralon C, Egberink H, Frymuis T, Gruffydd-Jones T, Hartmann K, Hosie MJ, Lloret A, Lutz H, Marsilio F, Pennisi MG, Radford AD, Thiry E, Horzinek MC. Feline panleukopenia. ABCD guidelines on prevention and management. J Feline Med Surg. 2009 Jul; 11 (7): 538-46. doi: 10.1016/j.jfms.2009.05.002. PMID: 19481033; PMCID: PMC7129762.
2. Squires RA, Crawford C, Marcondes M, Whitley N. 2024 guidelines for the vaccination of dogs and cats -

compiled by the Vaccination Guidelines Group (VGG) of the World Small Animal Veterinary Association (WSAVA). J Small Anim Pract. 2024 May; 65 (5): 277-316. doi: 10.1111/jsap.13718. Epub 2024 Apr 3. PMID: 38568777.

3. Egberink H, Frymus T, Hartmann K, Möstl K, Addie DD, Belák S, Boucraut-Baralon C, Hofmann-Lehmann R, Lloret A, Marsilio F, Pennisi MG, Tasker S, Thiry E, Truyen U, Hosie MJ. Vaccination and Antibody Testing in Cats. Viruses. 2022 Jul 22; 14 (8): 1602. doi: 10.3390/v14081602. PMID: 35893667; PMCID: PMC9394466.

УДК 619:616.9-07:636.8

ЛЯШЕНКО Б.Ю., магістрант

Науковий керівник – **ЦАРЕНКО Т.М.**, канд. вет. наук

Білоцерківський національний аграрний університет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО РИНОТРАХЕЇТУ КОТІВ В УМОВАХ ВЕТЕРИНАРНОЇ КЛІНІКИ «ДАР» (М. ОДЕСА)

У роботі на прикладі 75 пацієнтів ветеринарної клініки «ДАР» (м. Одеса) проаналізовано перебіг інфекційного ринотрахеїту котів. Встановлено, що у 90 % випадків діагноз підтверджувався наявністю специфічних уражень очей та результатами ПЛР, а своєчасне застосування системної противірусної терапії є вирішальним для розробки стратегії лікування та уникнення незворотних ушкоджень рогівки.

Ключові слова: інфекційний ринотрахеїт котів, FHV-1, клінічна діагностика, ПЛР-дослідження, специфічна профілактика.

Інфекційний ринотрахеїт котів (спричинений герпесвірусом котів 1 типу, FHV-1) залишається однією з найбільш поширених інфекцій верхніх дихальних шляхів родини *Felidae* у всьому світі [1,2]. Високий рівень контагіозності та унікальна здатність збудника переходити у латентний стан (вірус персистує у трійчастому нерві) призводять до того, що більшість котів стають довічними вірусоносіями. Збудник має виражений тропізм до епітелію кон'юнктиви та дихальних шляхів, що призводить до системної деструкції тканин [1]. Ключовими ланками патогенезу є масивне запалення слизових оболонок. Це клінічно проявляється гострим ринітом, чханням, гіпертермією та гнійним кон'юнктивітом [3]. Специфічним (патогномічним) маркером хвороби є розвиток дендритного виразкового кератиту, який без належного лікування завершується втратою зору або симблефароном. Важливим прогностичним фактором хвороби є стабілізація стану пацієнта та недопущення розвитку фатальної геморагічної пневмонії, особливо у невакцинованого молодняка [1-3].

Мета роботи: дослідити особливості клінічного прояву інфекційного ринотрахеїту котів, а також оцінити ефективність комплексного підходу до діагностики та інтенсивної терапії цієї патології в умовах ветеринарної клініки «ДАР» (м. Одеса).

Сучасний діагностичний алгоритм вимагає інтегративного підходу, де первинна клінічна підозра має підтверджуватися лабораторними методами. У період 2024–2025 рр. на базі ветеринарної клініки «ДАР» (м. Одеса) було проведено обстеження 75 тварин із клінічною підозрою на FHV-1, переважна більшість з яких не були вакциновані або мали порушену схему щеплень. У 90 % випадків первинний діагноз було верифіковано позитивними результатами ПЛР-дослідження (матеріалом для дослідження слугували мазки з кон'юнктиви та ротоглотки). ПЛР-діагностика залишається найбільш точним інструментом ідентифікації ДНК вірусу, попри складнощі у диференціації гострої інфекції від латентного носійства. Аналіз клінічного профілю підтверджених випадків показав, що у 35 % пацієнтів спостерігалися критичні виразкові ураження рогівки, а у 65 % — виражена анорексія на тлі хронічного ринотрахеїту та втрати нюху.

Оскільки інфекція часто ускладнюється вторинною бактеріальною мікрофлорою (зокрема *Mycoplasma felis*, *Chlamydia felis*), основу лікування становить інтенсивна комплексна терапія. Пріоритетними напрямками терапії є парентеральна регідратація