



Українські Медичні Вісті

2025, Т.17 №1-2 (102-103), додаток

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Всеукраїнського Лікарського Товариства

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у

Києві, відновлено 1997 р.

**МАТЕРІАЛИ
XX З'їзду
ВСЕУКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«НОВЕ В МЕДИЦИНІ»
03-04 жовтня 2025р.**

**НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА
«115-РІЧЧЯ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО
ТОВАРИСТВА»
30 червня 2025р**

**03.10.2024-
04.10.2024
м. Кременець**

Всеукраїнське Лікарське Товариство

ISSN 2709-4456 (Print)
ISSN 2709-6432 (Online)
www.umv.com.ua

Засновник
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
У Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Базилевич Андрій Ярославович,
(Львів, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ
Карабасв Даніель Таїрович
(Київ, Україна)
Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)
Мазур Петро Євстахійович
(Тернопіль, Україна)
Гущук Ігор Віталійович
(Рівне, Україна)
Дуб Наталія Євстахіївна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїлович
(Одеса, Україна)
Нечаїв Станіслав Владиславович
(Львів, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Волосовець Антон Олександрович
(Київ, Україна)
Волосовець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Кравченко Володимир Григорович
(Полтава, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мойсеєнко Валентина Олексіївна
(Київ, Україна)

Адреса редакції
01033, Київ, вул. Гетьмана Скоропадського, 7
Тел.: (063) 595 99 45
е-пошта: vult.bpr@gmail.com
Адреса редакції
01033, Київ, вул. Гетьмана Скоропадського, 7
Тел.: (063) 595 99 45
е-пошта: vult.bpr@gmail.com

Підписано до друку
22.09.2025 р. Формат 60×841/8.
Друк офсетний. УМ. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 50 прим.
Видруковано у ТОВ «ПЦР»
02196, м. Київ, вул. Харківське шосе, 21, к.57

Цілковите або часткове розмноження в
будь-який спосіб матеріалів, опублікованих
у цьому виданні, допускається лише з
письмового дозволу.

© ВУЛТ, 2025

Зміст

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО	11
ЮВІЛЕЙ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського м. Кременець, Тернопільська обл. Петро МАЗУР, Наталія ГЕТЬМАН	12
МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «НОВЕ В МЕДИЦИНІ»	13
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	14
ОЦІНКА РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОБТЯЖЕНИМ РЕПРОДУКТИВНИМ АНАМНЕЗОМ Лаба О.В. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	14
ПЕДІАТРІЯ	15
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ Волосовець О.П. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	15
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ, В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ Слюсар Н.А. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....	15
ЗАСТОСУВАННІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА VIVEL В ЯКОСТІ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У КОНТАКТНИХ ДІТЕЙ З ОСЕРЕДКІВ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ САХЕЛАШВІЛІ М.І., ПІСКУР З.І., САХЕЛАШВІЛІ-БІЛЬ О.І. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	17
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА VDR У ДІТЕЙ Наконечна Х.Б., Личковська О.Л. м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».....	18
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ГОСТРОФАЗОВИМИ МАРКЕРАМИ ТА TGF-β1 ПРИ COVID-19 ТА MIS-C У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ Козак К. В., Павлишин Г. А. м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університеті ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	19
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ	19
ВАСКУЛОПАТІЯ ТРАНСПЛАНТОВАНОГО СЕРЦЯ – НЕБЕЗПЕЧНИЙ КРОК ДО ВІДТОРГНЕННЯ АЛОТРАНСПЛАНТАТА. ¹ Середюк Н.М., ³ Белейович В.В., ¹ Вакалюк І.П., ¹ Середюк В.Н., ¹ Звонар П.П., ¹ Деніна Р.В., ¹ Ванджура Я.Л., ³ Мельник І.В., ² Бегей С.Р., ² Водославська Л.Я., ^{3,1} Лотоцька М.-А.В. ¹ Івано-Франківський національний медичний університет, ² Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр, ³ Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня.....	19
МОНІТОРИНГ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНОЮ АМПУТАЦІЄЮ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ М. Й. Федечко, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів	21
ЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ ГОМОЦИСТЕЇНУ ТА ІНШИМИ ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ Пелех Андрій; Цюрюпа Олег; Дзись Євген ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	22

АНАЛІТИЧНИЙ КОМЕНТАР ЩОДО КОНЦЕПЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННО-НИРКОВО-МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Дзись Є. І., Томашевська О. Я. м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».....	23
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЖІНОК Полянська О.С., Гулага О.І., Москалюк І.І., Полянський І.Ю м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет	24
ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ	24
ІНДЕКС ЯКОСТІ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) Масік Н.П., Масік І.М. Вінниця, Україна, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова	24
ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ Вольницька Х. І., Костик О.П., Рудницька Н.Д., Галишич Н.М., Старічек Г.В., Чуловська У.Б. м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	25
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (УЗД) В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ SARS-CoV-2 АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ Ткаченко М.М., Черкасова Л.А., Морозова Н.Л., Танасічук-Гажиева Н.В. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.....	26
ДЕРМАТОВЕНЕРАЛОГІЯ	27
АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ ІНФЕКЦІЯХ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ: ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЇ ВІДПОВІДІ Короленко В.В. ¹ , Степаненко В.І. ² м. Київ, Університет «КРОК» ¹ м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця ²	27
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ	28
СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА: МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ І ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ Мойсеєнко В.О., Никула А.Т. Київ, Україна Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	28
ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРОКІНЕТИКА ЦИЗАПРИДУ ТА Н₂-БЛОКАТОРА ФАМОТИДИНУ НА КИСЛОТО-ПЕПТИЧНУ СЕКРЕЦІЮ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ Пляцко М.Г., Дробінська Н.В. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.....	28
Вступ. Прокінетики широко застосовують у лікуванні захворювань травного каналу, часто в комбінації з блокаторами кислотної секреції. Проте дані щодо їх спільного впливу на кислотно-пептичну секрецію обмежені.	28
НЕФРОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ	29
ХАРАКТЕРИСТИКА АНКЕТ МІЖНАРОДНОГО ІНДЕКСУ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ-5 ЧОЛОВІКІВ ІЗ ОТРИМАНОЮ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ Воробець Д.З., Воробець М.З., Чаплик В.В., Фафула Р.В., Воробець З.Д. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	29
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЗМІШАНОЮ ФОРМОЮ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ, ЩО РОЗВИНУЛАСЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ПЕРЕНЕСЕНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ Воробець М.З., Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	30

ЗМІНИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЩУРІВ ЗІ ЗМОДЕЛЬОВАНОЮ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ CHANGES IN THE HORMONAL STATUS OF RATS WITH SIMULATED BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA Люлько С.В., Каишелян О.А., Савицький І.В. ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини» м. Київ, Україна.....	31
НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ПСИХІАТРІЯ	32
ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА І НАДЛИШКОВА ВАГА: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ Мазур Л.П. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	32
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ Іваник В.Р., Фоменко У.О., Боженко М.І. Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра неврології	33
РОЛЬ ПЕРФУЗІЙНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ Ткаченко М.М., Морозова Н.Л., Танасічук-Гажисєва Н.В., Черкасова Л.А., Рожковська К.К., Поперека Г.М. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	34
РЕЦИДИВУЮЧІ ІНСУЛЬТИ У ВАГІТНОЇ ЯК МАРКЕР ПРИХОВАНОГО МІСЛОФІБРОЗУ З ТРОМБОФІЛІЄЮ Боженко Н.Л., Ковальчук К.О. Львів, КНП Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	34
ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КОЛЕКТИВНОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ПРИКЛАДІ ЯПОНСЬКОЇ МОДЕЛІ КОКОРО-НО-CARE Ярослав Дякунчак, сімейний лікар, КНП ЦПМСД «Русанівка» Дніпровського району м. Києва.....	36
ІМУНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ	37
ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПРИ АНАЛІЗІ ЛІТИННИХ ТА ГУМОРАЛЬНИХ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ Федорець Є.А., Голубовська О.А., Пінський Л.Л. м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	37
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	38
МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ГЕПАТИТАМИ В І С В ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ Хоронжевська І.С., Юхимчук Ю.М., Іванченко Н.О., Озірковська М.Я. м. Острозька, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету "Острозька академія" м. Львів, ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ»)	38
ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОГІЯ, НАРКОЛОГІЯ	39
ПСИХОМЕТРИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ Кліщ Г. І., Кихтюк О. В. Волинський національний університет імені Лесі Українки	39
РІВЕНЬ КОРТИЗОЛУ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ Денефіль О.В. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України	40
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ КРЕМЕНЕЦЬКОЇ ГРОМАДИ Мазур П.Є., Голуб Г.Р., Батюх О.В. м.Кременець, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського.....	40

РІВЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ Марущак М.І. <i>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль</i>	41
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ Гільман А.Ю. м. <i>Острог, Національний університет «Острозька академія»</i>	42
ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ЗАСАД КОНСТРУЮВАННЯ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ Кіщук Л. А. Київ, Національний університет оборони України Новіков О. А. Київ, Національний університет “Острозька академія”	43
МОЖЛИВОСТІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЩОДО ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ ПЕЧІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ Овчаренко М.О., Пінський Л.Л. м. Рівне, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	46
СТРЕСИ ЦИФРОВОГО ЛАНДШАФТУ ТА ВРАЗЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ КРИЗЬ ПРИЗМУ АДІКТОЛОГІЇ Кігічак-Борщевська А.В. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	47
СОЦІОПСИХОЛОГІЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ НАЦІЇ Сулятицький Іван, Осьодло Василь, Білобровка Ростислав Львівський національний університет імені Івана Франка, Київ, Академія наук вищої школи України, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	49
ОСОБЛИВОСТІ КІЛЬКІСНИХ МІКРОЕКОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕКОСИСТЕМИ «МАКРООРГАНІЗМ – КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ» ЗА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 Соколенко М.О., Сидорчук Л.П. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці	50
ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ	50
МОЖЛИВОСТІ МАШИННОГО НАВЧАННЯ /ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДІАГНОСТИЦІ ОПЕРАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПЛАСТИЧНИХ ТА РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ Гуменний Р.М., Сидорчук Л.П. Чернівці, Буковинський державний медичний університет	50
НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ Полянський І.Ю. ¹ , Москалюк В.В. ² , Мельник І.М. ¹ , Мороз П.В. ¹ , Андрієць В.В. ¹ , Полянська О.С. ¹ , Москалюк І.І. ² , Гулага О.І. ² Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна (¹) Institute of Medical Studies, University of Opole, Poland (²)	51
НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІНФІКОВАНИМИ ТА ГНІЙНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН Хіміч С.Д., Малишевський І.О., Хіміч О.С., Рауцкіс В.П., Кривонос М.І. Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця	52
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	53
ВПЛИВ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО КОМПЛЕКСНОГО ВІЗИТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ Ковальчук Д.О., Мазур Л.П., Сверстюк А.С. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України	53
ОНКОЛОГІЯ; ГЕМАТОЛОГІЯ	54

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЙ Габор Г.Г. <i>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль</i>	54
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ БЕТА 1 У ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЛІМФОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ У ДОРΟΣЛИХ Барілка В. А., Шалай О. О., Матлан В. Л. *, Примаєв С. В., Костик Х.Я., Міляшєвич С. П., Новак В. Л. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» *Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	55
ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ ERAS ТА NON-INTUBATED АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ Ткаліч В.В., Саволук С.І., Борисова В.І., Неділя Ю.В., Галієв О.В., Проценко О.М., Ткаліч В.О.	56
CYTOLOGICAL DETERMINANTS IN EMERGING BIOCRYOIMMUNOLOGY: FROM CRYO-CANCER CELL DISSIPATION TO BIO-CRYO-VACCINE DEVELOPMENT Mykola M. Korpan, MD, PhD ¹ International Institute of Cryosurgery, Rudolfinerhaus Clinic, Vienna, Austria ² Department of General Surgery №1, Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine	57
РЕЗУЛЬТАТИ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ ЛІМФОМІ З КЛІТИН МАНТІЇ Євстахєвич Ю.Л., Євстахєвич І.Й., Семерак М.М. ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м Львів, Україна	58
СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ	59
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ЛОКАЛІЗОВАНОГО МАРГІНАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” ТА “АТОКСИЛ” Синиця В.В., Довганєк В.В., Демчина Г.Р. Україна, м. Львів, ДНП “Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького”	59
DEVELOPMENT AND STUDY OF THE PROPERTIES OF PERIODONTAL GEL COMPOSITION BASED ON FLAVONOIDS AND BENZIDAMINE HYDROCHLORIDE Hodovanyi O.V., Martovlos O.I. Lviv, State Non-profit Enterprise «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University»	60
РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ Лучинський В.М., Лучинський М.А., Лучинська Ю.І. Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль	60
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ Шило М.М. м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»	61
СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ АРМУВАЛЬНОГО ВОЛОКОННО-КОМПОЗИТНОГО КАРКАСА ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ АДГЕЗИВНИМИ ПРОТЕЗАМИ Підлісний Р.В. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.Львів.	62
ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ	63
ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ ЦНС СТАРИХ ТВАРИН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕСІ Пантелеймонова Т. М., Лабунець І. Ф., Сикало Н. В. Київ, Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова Національної академії медичних наук України»	63
КУРОРТОЛОГІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗІОТЕРАПІЯ	64
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДАНИХ ЩОДО НАДАННЯ БЕЗОПЛАТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	

ЗА ПАКЕТОМ “РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ У АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ” У 2024 РОЦІ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА В УКРАЇНІ. Глушак А.М., Криницька І.Я. Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна.....	64
ПІДТАРАННИЙ АРТРОРЕЗ ЯК МЕТОД ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ СТОПИ Роговий О.Ю., Рогова О.О. Пилипенко М.О. Київ, ТОВ «Бебі».....	65
EDUCATING OF SPECIALISTS IN PHYSICAL THERAPY: THE IMPORTANCE OF PRACTICAL SKILLS IN SURFACE ANATOMY Halyuk U.M., Mota O.M., Podoliuk M.V., Pokotylo P, B, Logash M.V., Kovalchuk S.M., Laba O.I. Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine Stepan Gzhytskyi National University of Veterinary Medicine and Biotechnologies, Lviv, Ukraine	67
ГОМЕОКІНЕТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Сокрут О.П., Литвинова О.В., Сокрут В.М., Гоженко А.І., Сокрут М.В., Муллахметов А.Г. м. Кропивницький, Донецький національний медичний університет.....	67
ГОМЕОКІНЕТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ АСТМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА Муллахметов А.Г., Сокрут М.В., Литвинова О.В., Сокрут О.П., Сокрут В.М. м. Кропивницький, Донецький національний медичний університет, Медичний центр «ДрайвМедікал»	68
САНОЛОГІЯ, ГПІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА	69
ЛАБОРАТОРНІ ПОСЛУГИ У ПРОГРАМІ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ Криницька І.Я. Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна	69
АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ	70
MALDI-TOF MS У РУТИННІЙ ПРАКТИЦІ: ВИЯВЛЕННЯ РІДКІСНИХ ПАТОГЕНІВ ПРИ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ СТАНАХ Руминська Т.М., Шижук Р.Г., Коваленко І.В., Корнійчук О.П. Львів, Україна ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» ..	70
ВИДОВИЙ ПРОФІЛЬ І АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ОСНОВНИХ ПАТОГЕНІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ Секунда М.О., Лаврик Г.С., Павлій С.Й., Корнійчук О.П. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» (ДНП ЛНМУ), КНП ІТМО м.Львова ВП Лікарня Святого Миколая	71
УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА	71
ОСВІТНІ ПРОГРАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І9 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»:ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ Гуцук І.В., Денисюк Т.П. Національний університет «Острозька академія», м. Острог, Україна.	72
МАЙБУТНЄ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ Гуцук І.В., Мокієнко А.В. Національний університет «Острозька академія».....	73
ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ Клименко Х.П. м. Почаїв, КНП «Почаївська районна комунальна лікарня».....	73
АКТИВНА ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПІЛОТНІ ПРОЄКТИ "ЗДОРОВА БУКОВИНА" НА 2025-2030 РР." І "ЗДОРОВА ГРОМАДА" Фуштей В.В., м.Чернівці, МЦ «Горицвіт» (Буковина).....	74

ВИКЛИКИ ТА ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ Гуцук І.В., Кушнірук Г.А. Острозький національний університет «Острозька академія»	75
МЕДИЧНА ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ Яворська Т. І., Яворський П. В. Житомирський медичний інститут	76
ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ПЕРСПЕКТИВИ, ТЕНДЕНЦІЇ, НОВІ НАПРЯМКИ. Коцановський А.Ю., Цюх І.М. Ківерцівський фаховий медичний коледж (місто Ківерці, Волинська область); ПП «Медичний центр лікаря Цюха» (місто Луцьк)	77
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ДИПЛОМАТІЇ У ПОВОЄННОМУ ВІДНОВЛЕННІ УКРАЇНИ З УРАХУВАННЯМ ПРОЦЕДУР ВСТУПУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ Короленко Володимир ¹ , Короленко Вікторія ² м. Київ, Університет "КРОК" м. Київ, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця ²	78
ЛІКАРСЬКА ЕТИКА В УМОВАХ РОБОТИ ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКОЇ КОМІСІЇ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ Кавецький Т. М., голова військово-лікарської комісії «КНП «КДЦ Дніпровського району м. Києва», член правління ВУЛТ, Шупік Л.В., директор КНП «ЦПМСД «Русанівка» Дніпровського району м. Києва», член правління ВУЛТ, Квартальний О. А., директор КНП «ЦПМСД № 2 Дніпровського району м. Києва», член правління ВУЛТ	78
ОСОБЛИВОСТІ НОВОГО ПІДХОДУ У ВИБОРІ ПРОФЕСІЇ ВИПУСКНИКАМИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ Мельник І.В., Козовий Р.В., Пелехан Л.І., Федорак В.М., Мельник Р.І. Івано-Франківськ. Івано-Франківський національний медичний туніверситет.....	80
НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ Карабаєв Д.Т., доктор філософії, магістр державного управління та адміністрування, заслужений лікар України, Голова Правління Всеукраїнського Лікарського товариства, доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Солонинка Г.Я., професор кафедри внутрішніх та професійних хвороб ПВНЗ «Київський медичний університет", Київ, ПВНЗ «Київський медичний університет»	81
МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ Кривко Ю.Я., Дуб Н.Є., Согойко Ю.Р. м. Львів, Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»	83
ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ)	84
ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ В ОСТОЗЬКІЙ АКАДЕМІЇ ЗДОБУВАЧАМИ ПЕРШОГО (БАКАЛАВРСЬКОГО) РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І9 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» Гуцук І.В., Хоронжевська І.С. м. Острозький національний університет «Острозька академія»	84
ПЕРЕКЛАДНІ УКРАЇНСЬКІ ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІ СЛОВНИКИ НЕЗАЛЕЖНОЇ УКРАЇНИ З ОСОБИСТОЇ КНИГОЗБІРНИ Станіслав НЕЧАЇВ магістр управління охорони здоров'я, член правління Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), член правління Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ, архіваріус СФУЛТ	85
ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ.....	91
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ – БЛАГО ЧИ ПРОБЛЕМА У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ? ЧУБУЧНА Ірина, м. Львів, Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» кандидат медичних наук, доцент кафедри	

<i>внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького</i>	91
ДІЯЛЬНІСТЬ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) В МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ УКРАЇНІ <i>Базилевич А. Я. м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», Світова Федерація Українських Лікарських Товариств</i>	94
МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА «115-РІЧЧЯ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА» 30 червня 2025 року	97
ВШАНУВАННЯ ПАМ'ЯТІ ІВАНА ТА ЮРІЯ ЛИП У 2025 РОЦІ МЕДИКАМИ ЛЬВІВЩИНИ. <i>Іванків З.Я., Дробінська Н. В. м. Львів</i>	97
L-ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТ У СКЛАДІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПЛІВОК. <i>Гриновець І.С., Шостак Т.А., Синиця В.В., Гриновець В.С.</i>	99
РОЗРОБКА СКЛАДУ ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ЧУТЛИВОЮ ШКІРОЮ ТА ШКІРОЮ З КУПЕРОЗОМ <i>Шостак Т.А., Гриновець І.С., Синиця В.В. Гриновець В.С.</i>	100
ДО 100 РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ОПАНАСА ЯКОВИЧА МАЛОВІЧКА <i>Марков Ю.І. Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ</i>	100
БОЙЧАК МИХАЙЛО ПЕТРОВИЧ: ВІЙСЬКОВИЙ ТЕРАПЕВТ, НАУКОВЕЦЬ, ІСТОРИК МЕДИЦИНИ, НАЧАЛЬНИК ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ <i>Лариса САМЧУК, завідувач відділу наукової бібліографії, Національна наукова медична бібліотека України</i>	103
ЖИТТЯ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ ОЧИМА КАРДІОЛОГА ІМУНОЛОГА ТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Н. М. Середюк¹, В. Н. Середюк¹, П.П.Звонар¹, Р. В. Деніна, Я.Л.Ванджура¹, С.Р. Бегей², Л.Я.Водославська², М.А.Лотоцька¹</i> <i>Івано-Франківський національний медичний університет 2КНП «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр» м. Івано-Франківськ, Україна</i>	105
КРЕМЕНЕЦЬКІ ДОРОГИ ЧЛЕНІВ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА МІЖВОЄННОГО ПЕРІОДУ (1920-1939 РР.) <i>Мазур П.Є.¹, Горошко Є.Л.¹, Мазур О.П.²</i> <i>¹м.Кременець, медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського ²м. Тернопіль, КНП “Тернопільська обласна клінічна лікарня”</i>	107
ДЕЯКІ КОНСТРУКТИВНІ ПРОПОЗИЦІЇ ДО КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ ВУЛТ В СВІТЛІ ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ І АКТУАЛЬНИХ ЗАПИТІВ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ <i>Гордієнко О.В., Етична Комісія ВУЛТ</i>	108
ІСТОРІЯ УЛТ У ЛЬВОВІ. ПОГЛЯД НА МИНУЛЕ З ФОКУСОМ НА МАЙБУТНЄ <i>м. Львів, Петровський Б.В , лікар , Голова Українського Лікарського Товариства у Львові</i>	116



ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

XX ювілейний З'їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства стане знаковою подією для медичної спільноти України. Символічно, що його проведення у 2025 році відбудеться на базі Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського, якому саме цього року виповнюється 85 років з дня заснування.

З'їзди Всеукраїнського Лікарського Товариства завжди були важливою платформою для об'єднання лікарів різних спеціальностей, формування стратегічних напрямів розвитку охорони здоров'я, обговорення нагальних викликів та пошуку шляхів їх подолання. Ювілейний XX З'їзд покликаний підсумувати багаторічну діяльність організації, відзначити вагомі здобутки та водночас визначити сучасні орієнтири для розвитку медичної освіти, науки й практики в Україні.

У межах З'їзду планується проведення:

- пленарних засідань, присвячених історії та сучасним викликам системи охорони здоров'я;
- науково-практичних конференцій і дискусійних панелей за участю провідних фахівців;
- обговорення актуальних програмних питань та ухвалення стратегічних рішень для розвитку ВУЛТ;
- урочистих заходів, присвячених ювілею Кременецького медичного фахового коледжу.

Всеукраїнське Лікарське Товариство висловлює щире вдячність директору Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського, кандидату медичних наук Петру Мазуру, а також Кременецькій міській раді за надану можливість провести XX ювілейний З'їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства на базі навчального закладу.

Високо цінуємо Вашу підтримку та сприяння у створенні умов для організації цього знакового заходу.



ЮВІЛЕЙ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

м. Кременець, Тернопільська обл. Петро МАЗУР, Наталія ГЕТЬМАН

В 2025 році Кременецькому медичному фаховому коледжу імені Арсена Річинського минає 85 років з часу заснування.

В 1940 році в м. Кременець було відкрито фельдшерсько-акушерську школу, в якій розпочали навчання 240 учнів. Перерване навчання лихоліттями Другої світової війни відновилося 15 вересня 1944 року.

До 1949 року термін навчання у школі становив 3 роки, готували акушерок і фельдшерів-акушерок. А набір учнів 1948 року мав тривалість навчання 4 роки, спеціальність після закінчення закладу – фельдшер-акушер. З 1 вересня 1951 року, згідно з наказом № 780 МОЗ Української РСР відкрили медсестринське відділення з дворічним терміном навчання. У 1954 році фельдшерсько-акушерську школу реорганізували у медичне училище відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я № 404 від 24 липня. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 883 від 24 травня 1999 р. Кременецькому медичному училищу було присвоєно ім'я лікаря-вченого Арсена Річинського. У березні 2019 року Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського згідно з рішенням Тернопільської обласної ради перейменоване у Кременецький медичний коледж імені Арсена Річинського. В липні 2020 року депутати Тернопільської обласної ради підтримали рішення про перейменування Кременецького медичного коледжу імені Арсена Річинського на Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського.

Першим директором училища був Шайнюк Іван Миколайович. Директорами навчального закладу працювали К.Я. Ларькіна, Є.Ф. Попенко, С.Я. Пінчук, К.І. Литвинович, А.Ф. Озеров, Г.К. Войтко, А.Ф. Пушкар, С.А. Мартинчук, а з 5 липня 1995 року – Петро Мазур, кандидат медичних наук.



ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«НОВЕ В МЕДИЦИНІ»
03-04 жовтня 2025 року**

Захід зареєстровано в реєстрі заходів безперервного професійного розвитку за номером 15763.

Провайдер безперервного професійного розвитку № 2120, Товариство з обмеженою відповідальністю «Професійний центр розвитку».

Програмні питання

1. Лікарське самоврядування, громадське здоров'я, підвищенні ефективності охорони здоров'я: інтеграція, безпека даних, управлінські рішення.
2. Ментальне здоров'я населення в умовах війни.
3. Трансформація медичної допомоги в умовах воєнного стану.
4. Штучний інтелект у практиці лікаря.
5. Нове в медицині
6. Різне

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ**ОЦІНКА РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З
ОБТЯЖЕНИМ РЕПРОДУКТИВНИМ АНАМНЕЗОМ***Лаба О.В.**Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Тенденція до зростання частоти передчасних пологів (ПП) залишається стабільно високою (в Україні 3,5–4,5%) і не залежить від економічного розвитку країни.

Мета дослідження - виокремити прогностичні критерії у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом, які сприяють розвитку ПП.

Загальну кагорту обстежених склали 34 вагітні, які відповідали критеріям відповідно до мети дослідження та отримували необхідне лікування в умовах Перинатального центру м. Львова. Основні критерії включення у дослідження: вагітні жінки в гестаційний термін 22-36 тижнів і наявність інформаційної згоди пацієнта на участь у проведенні дослідження.

Відповідно до проведених анамнестичних досліджень було констатовано, що основними факторами ризику передчасних пологів є: низький соціально-економічний рівень життя 8 (23,5%); психоемоційні розлади 4 (11,8); передчасні пологи в анамнезі 6 (17,6%); передчасне відходження навколоплідних вод 8 (23,5%); безсимптомна бактеріурія 11 (32,3%); істміко-цервікальна недостатність 7 (20,5%); аномалії розвитку матки 2 (5,9%); вік матері <18 (17,6%) і >35 років (23,5%); низька маса тіла 9 (26,5%); паління 6 (17,6%); багатоплідна вагітність 1 (2,9%); переривання вагітності (в анамнезі) на пізніх термінах 2 (5,9%); бактеріальний вагіноз 8 (23,5%).

Враховуючи результати отриманих обстежень констатовано, що первинно патологія формується в період раннього ембріогенезу і плацентациї, що пов'язане з анатомічними порушеннями структури, положення і прикріплення плаценти, супроводжується загрозою переривання вагітності або призводить до мимовільного абортів.

Ускладнений перебіг вагітності та екстрагенітальна патологія спричинюють виникнення вторинної плацентарної недостатності на тлі вже сформованої плаценти в другій половині вагітності.

ПЕДІАТРІЯ**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ***Волосовець О.П.**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Здоров'я дітей, безумовно, залежить від багатьох чинників. Наслідки пандемії COVID-19, триваюча війна та агресивний вплив інформаційних технологій призвели до значного навантаження на ментальне здоров'я дітей і зростання психосоматичної патології та ризикованої і асоціальної поведінки, особливо серед підлітків. Так, за даними дослідження «Індекс майбутнього, що проводилось за ініціативи Олени Зеленської, 44 % дітей мають ознаки потенційного посттравматичного стресового розладу. У рамках Європейської ініціативи ВООЗ (COSI) в Україні було проведене популяційне дослідження, яке встановило, що 54% дітей проводили перед екранами гаджетів більше 2 годин на день, а у вихідні ця кількість зростала до 83%. Як наслідок гіподинамії і нераціонального харчування приблизно кожна четверта дитина у віці 6-9 років мала надлишкову масу тіла, 9% із них страждали на ожиріння.

Діти можуть стати як жертвами, так і осередком загроз у соціальних мережах. Вони стають жертвами кібербулінгу (зокрема через дії однолітків), що може викликати стресовий стан. Крім того, діти витрачають надмірний час на соціальні мережі, зокрема у нічний час, що може призвести до зменшення мотивації до навчального процесу, зниження успішності та ізоляції у родині і школі.

Усі зазначені питання вимагають належної підготовки і підвищення кваліфікації дитячих лікарів, кількість яких за роки війни зменшилась більш ніж на тисячу осіб. У галузі нараховується більше 1200 педіатричних вакансій, особливо у прифронтових регіонах. У той же час обсяги прийому за спеціальністю «Педіатрія» у 2025 році до 10 закладів вищої медичної освіти досягли 121 особи, що є найнижчим показником за усі роки незалежності. Зазначене вимагає вжиття необхідних заходів на рівні держави і зміни умов вступу до медичних вишів та належного соціального захисту педіатрів, оскільки здоров'я дітей – це питання безпеки нації.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ,
ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ, В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ**

*Слюсар Н.А.**Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР), що супроводжуються абдомінальним болем, залишаються однією з найпоширеніших клінічних проблем у педіатрії та дитячій гастроентерології, що

значно впливає на фізичний та психосоціальний стан пацієнтів. Актуальність цієї проблеми суттєво посилюється в умовах тривалого психосоціального стресу, зумовленого воєнним станом. Хронічний страх, невизначеність та порушення звичного способу життя виступають потужними тригерами як для дебюту, так і для загострення перебігу ФГПР. У цьому контексті комплексне вивчення взаємозв'язку між соматичними симптомами, психоемоційним станом та якістю життя (ЯЖ) набуває особливої важливості. Військовий стан створює унікальні умови для дослідження впливу масивного стресу на формування та динаміку цих розладів. Оцінка рівня тривожності за стандартизованими шкалами та аналіз показників ЯЖ дозволяють кількісно виміряти ступінь дезадаптації дитини. Таким чином, вивчення психологічних особливостей та ЯЖ дітей з ФГПР, що супроводжуються абдомінальним болем, в умовах воєнного стану є необхідним для розробки цілісних програм медико-психологічної допомоги, спрямованих на покращення результатів лікування та соціальної реабілітації пацієнтів.

Мета роботи – дослідити рівень тривожності та ЯЖ у дітей з ФГПР, що супроводжуються абдомінальним болем, в умовах воєнного стану.

Методика дослідження. Обстежено 176 пацієнтів віком від 6 до 17 років із ФГПР, що супроводжуються абдомінальним болем. Вибірку склали 106 ($60,2 \pm 7,2$ %) дівчаток та 70 ($39,8 \pm 7,2$ %) хлопчиків. Усі учасники були розподілені на дві клінічні групи: 1-шу групу склали діти ($n=109$) з функціональною диспепсією (ФД), 2-гу групу – пацієнти ($n=67$) із синдромом подразненого кишечника (СПК). Діагностика проводилася відповідно до вимог Римських критеріїв IV (2016). Контрольну групу становили 30 практично здорових дітей відповідного віку без патології органів травлення. Для комплексної оцінки стану пацієнтів застосовували клініко-анамнестичний метод, стандартизоване анкетування та статистичний аналіз. Вивчення рівня тривожності проводилося за допомогою скринінгової шкали SCARED-C (Screen for Child Anxiety Related Disorders, Child Version). Оцінку якості життя здійснювали з використанням україномовної версії міжнародного опитувальника PedsQL™ 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory™).

Основні результати. Дослідження за шкалою SCARED-C виявило підвищений рівень тривожності в обох клінічних групах. У пацієнтів із ФД та СПК зафіксовано достовірно вищі показники за субшкалами панічного розладу та соматичних симптомів порівняно з контрольною групою ($p<0,01$). Статистично значущі відмінності між групами також виявлено за загальним балом тривожності ($p<0,01$). Найвищі показники за субшкалою генералізованого тривожного розладу реєструвалися в групі СПК ($p<0,01$), тоді як у групі ФД відмінності були статистично незначущими ($p>0,05$). Аналіз ЯЖ виявив статистично значуще зниження ($p<0,001$) усіх досліджуваних показників (загальний бал, фізичне та психосоціальне здоров'я) у дітей з ФГПР порівняно з контролем. Найбільш виражене погіршення спостерігалось в психосоціальній сфері. Згідно з опитувальником PedsQL™ 4.0, найнижчі показники ЯЖ зафіксовані при СПК [фізичне здоров'я: 75,00 (62,50–84,38); психосоціальне здоров'я: 70,00 (56,67–76,67); загальний бал: 73,03 (60,53–80,53)]. Група з ФД

демонструвала проміжні результати, що достовірно відрізнялися від обох груп порівняння ($p < 0,01$). Кореляційний аналіз виявив сильний негативний зв'язок ($p < 0,01$) між рівнем тривожності та показниками ЯЖ, що свідчить про значний вплив психоемоційних факторів на стан пацієнтів із функціональними розладами та обґрунтовує необхідність їх комплексної корекції у терапевтичних протоколах.

Висновки. Результати дослідження свідчать, що у дітей з функціональними гастроінтестинальними розладами в умовах воєнного стану виявляється статистично значуще підвищення рівня тривожності з переважанням панічних та соматичних симптомів, а також істотне зниження якості життя, особливо в психосоціальной сфері, причому найбільш виражені порушення реєструються при синдромі подразненого кишечника. Виявлений сильний негативний кореляційний зв'язок ($p < 0,01$) між рівнем тривожності та показниками якості життя обґрунтовує необхідність інтеграції психотерапевтичної корекції в стандартні схеми лікування таких пацієнтів для покращення результатів терапії та соціальної реабілітації.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА BIVEL В ЯКОСТІ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У КОНТАКТНИХ ДІТЕЙ З ОСЕРЕДКІВ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ *САХЕЛАШВІЛІ М.І., ПІСКУР З.І., САХЕЛАШВІЛІ-БІЛЬ О.І.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета роботи – обґрунтувати доцільність застосування BIVEL (умовно названого VI-V), в якості неспецифічної імунопрофілактики туберкульозу (ТБ) у контактних дітей із осередків хіміорезистентної туберкульозної інфекції (ОХР-ТБІ).

Матеріали та методи. Об'єктом вивчення було 120 контактних дітей із (ОХР-ТБІ). У першу групу контактних увійшло 95 дітей/підлітків, які не отримували VI-V, а у другу – 25 інфікованих дітей, які отримали VI-V.

Результати та обговорення. На тлі проведення неспецифічної профілактики імуномодулятором VI-V у контактних інфікованих дітей констатували нормалізацію показників фагоцитарної активності крові у вигляді збільшення фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, неферментативних катіонних лізосомальних білків гранулоцитарних лейкоцитів і зменшення НСТ-тесту порівняно з дітьми, які ще не отримали профілактику VI-V. На тлі збереження нормальних показників CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+ виявлені незначні функціональні порушення клітинної відповіді на рівні імунорегуляторних процесів, обумовлених домінуванням супресорно-цитотоксичних реакцій (зменшення, відносно донорів, в 1,3 рази IPI), зміщення балансу у регуляторній системі про- та протизапальних цитокінів у бік прозапальних цитокінів (зростання в 2,0 рази, відносно норми, TNF- α /IL-10, $p < 0,01$). Наявні відхилення у регуляторній системі та системі клітинної відповіді

зникали після завершення осінньо-весняного курсу VI-V. Отже, 4-річне спостереження за дітьми з ОХР-ТБІ, які приймали профілактичний курс VI-V, захворіло на різні форми первинного ТБ легень лише 8 % осіб, яким VI-V не призначали – 22,1 %.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ І ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА VDR У ДІТЕЙ

Наконечна Х.Б., Личковська О.Л.

м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Актуальність. Ген рецептора вітаміну D (VDR) зустрічається більше ніж у 38 тканинах нашого організму. Визначення його генетичних поліморфізмів є перспективним напрямком з точки зору прогнозу перебігу захворювань та їх адекватного лікування.

Мета роботи – вивчити зв'язок захворювань гастродуоденальної ділянки з поліморфізмом гена VDR у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 104 дитини з гастродуоденальною патологією у віці від 6 до 17 років (основна група) та 38 практично здорових пацієнтів (контрольна група). Усім хворим у комплексному обстеженні визначали поліморфізм гена VDR.

Результати. Ми проаналізували розподіл фактичних частот варіантів генотипів ApaI VDR-гена між основною і контрольною групами за критерієм χ^2 Пірсона – $\chi^2=8,317$, $p=0,016$. Виявили статистично значущі відмінності за рахунок AA та aa генотипів. Для генотипу AA OR склало 0,465 (CI=0,155-0,938), для Aa – OR=0,694 (CI=0,328-1,469) і для aa – OR=2,984 (CI=1,287-6,918). Для поліморфізму TaqI VDR-гена емпіричне значення критерію χ^2 Пірсона дорівнює 3,931, $p=0,14$ – статистично значущої різниці між групами дослідження і контролю не виявлено.

Висновки. У дітей з генотипом AA поліморфізму ApaI VDR-гена простежується зворотній зв'язок щодо імовірності виникнення захворювань гастродуоденальної зони, а натомість з генотипом aa – пряма позитивна асоціація. Дослідження генотипів у дітей з гастродуоденальними захворюваннями дозволить розширити відомості щодо можливих ризиків розвитку даної патології.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ГОСТРОФАЗОВИМИ МАРКЕРАМИ ТА TGF- β 1 ПРИ COVID-19 ТА MIS-C У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

Козак К. В., Павлишин Г. А.

м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Серед предикторів тяжкості коронавірусної хвороби виокремлюють трансформуючий фактор росту бета 1 (TGF- β 1), який вважається маркером профібротичних змін, зокрема у легенях, а також учасником прозапального каскаду. У зв'язку з цим метою роботи стало вивчення взаємозв'язку між інтенсивністю запального синдрому визначеного за рівнями С-реактивного білка (СРБ), прокальцитоніну та феритину, і концентрацією TGF- β 1.

Обстежено 200 дітей із підтвердженням COVID-19 та 40 дітей із мультисистемним запальним синдромом (MIS-C). Визначення рівня TGF- β 1 проводили із використанням тест-системи для імуноферментного аналізу TGF- β 1 ELISA Kit (E-EL-0162, Elabscience). Інформовану згоду на участь у дослідженні дітей отримано від усіх батьків/опікунів. Статистичний аналіз даних здійснено з використанням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 21.

Встановлено, що наростання прозапальних змін асоціюється зі збільшенням рівня TGF- β 1 як у групі COVID-19, так і в групі MIS-C, що підтверджується наявністю позитивних кореляційних зв'язків між вказаними маркерами у в обох групах спостереження. Зокрема, у дітей з гострим перебігом COVID-19 рівень TGF- β 1 достовірно зростав зі збільшенням СРБ ($r=0,25$; $p<0,05$) та феритину ($r=0,36$; $p<0,05$). У дітей з MIS-C підвищення СРБ ($r=0,52$; $p<0,05$) та прокальцитоніну ($r=0,66$; $p<0,05$) також супроводжувалося зростанням рівня TGF- β 1.

Таким чином, наростання гострофазових маркерів при COVID-19 та MIS-C у дітей може мати несприятливий прогноз за рахунок активації TGF- β 1, що слід враховувати при подальшому моніторингу дітей в умовах post-COVID.

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

ВАСКУЛОПАТІЯ ТРАНСПЛАНТОВАНОГО СЕРЦЯ – НЕБЕЗПЕЧНИЙ КРОК ДО ВІДТОРГНЕННЯ АЛОТРАНСПЛАНТАТА.

¹Середюк Н.М., ³Белейович В.В., ¹Вакалюк І.П., ¹Середюк В.Н., ¹Звонар П.П.,
¹Деніна Р.В., ¹Ванджюра Я.Л., ³Мельник І.В., ²Бегей С.Р., ²Водославська Л.Я.,
^{3,1}Лотоцька М.-А.В.

¹Івано-Франківський національний медичний університет,

²Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр,

³Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Актуальність. Васкулопатія трансплантованого серця – Cardiac Allograft Vasculopathy (CAV) є прогностично найбільш загрозливим ускладненням після

успішно проведеній ортотопічної трансплантації серця (ТС). Зустрічається САV у 8% через 1 рік після ТС, майже у 30% - через 5 років, у 50% - через 10 років і у 85% - через 20 років.

САV – це проліферативне аутоімунне захворювання, яке характеризується дифузною гіперплазією міоінтими та прогресуючим дифузним концентричним звуженням просвіту коронарних артерій (КА), артеріол, капілярів і навіть вен. Оклюзія проксималь-но-медіальних та, особливо, дистальних сегментів судин і мікроваскулярного русла нового серця (САV) призводить до розвитку ішемічної хвороби трансплантованого серця (ІХТС), яка суттєво відрізняється від традиційної атеросклеротичної ІХС. САV/ІХТС є основною причиною смертності після ТС. Традиційна ЕКГ та тропоніно-діагностика неспроможні виявляти САV на ранніх етапах цього нового для кардіологічної практики захворювання. Більш ефективна, але із суттєвими обмеженнями, є коронароангіографія. Зрозумілим діагноз САV стає при застосуванні внутрішньо-судинної ультразвукової діагностики (ВСУД, англ. IVUS-IntraVascular UltraSound), оптичної когерентної томографії (англ. Optical Coherence Tomography - ОТС) та ендоміокардіальної біопсії і гістохімічного дослідження. Відсутність ангінозного болю за грудниною та тахікардія (характерні ознаки денервованого серця) затруднюють ранню діагностику САV.

Мета дослідження: розробити прийнятний для реальної медичної практики комплекс критеріїв для виявлення ознак САV та медикаментозного доповнення призначеної імуносупресивної фармакотерапії.

Матеріал та методи. В дослідження включено 14 пацієнтів після трансплантації серця, взяті обласним клінічним кардіологічним центром (ОККЦ) для позитивного менеджменту. Застосовані методи: ЕКГ із додатковими способами реєстрації, ЕхоКГ із постійною, імпульсною, кольоровою та тканинною доплерографією, біомаркерної діагностики (сТ-І/Т, МВ-КфК, NTpro-BNP, високочутливий CR-protein), коронароангіографія (КАГ), МРТ, КТ-коронароангіографія.

Результати. Встановлено, що САV треба запідозрювати за появи у пацієнта із ТС дискомфорту в грудях, незрозумілої втоми, загальної слабості, нудоти на тлі нестабільної гіпертензії, гіпер-, гіпоглікемії, гіперхолестеринемії та дисліпідемії Іа, Ів та ІV типів. Критеріями ЕхоКГ- можуть слугувати: співвідношення $E/A_{\text{Вальсальви}} \geq 50\%$; e' - рух септального сегмента мітрального кільця < 8 см/с, a' - рух латерального сегмента мітрального кільця < 10 см/с, E/e' середнє ≥ 13 ; індекс об'єму лівого передсердя ≥ 34 мл/м²; DT < 160 мс; різниця $A_1-A_2 \geq 30$ мс; Speckle tracking ECG: GLS $< -14\%$, порушення ротації та скручування (твіст) ЛШ. КАГ: концентрична дифузна обструкція КА із характерним для САV дистальним “обрізанням” (традиційній ІХС притаманні ексцентричні стенози та проксимальні “обрізання” коронарних артерій). Відстежується також динаміка сТн І, МВ-КфК, NTpro-BNP, CR- протеїну та імунограма із заключенням клінічного імунолога. Із діагнозом “підозрювана васкулопатія серцевого алотрансплантата” пацієнт має бути скерований на

міждисциплінарний консилиум щодо ендоміокардіальної біопсії, реімплантації нового серця.

Висновки.

1. Ортотопічна ТС залишається єдиним ефективним методом лікування пацієнтів із термінальною (D) стадією СН.

2. Про діагноз підозрюваного САВ/ІХТС треба думати одразу при появі незрозумілої клінічної симптоматики, дифузного концентричного звуження дистальних сегментів із ознакою дистального обрізання за даними коронароангіографії.

3. Для підтвердження САВ/ІХТС необхідні ІVUS ОКТ, ендоміокардіальна біопсія та імунограма.

4. Продовження життя за наявності некурабельної САВ/ІХТС потребує реімплантації нового алотрансплантанта.

МОНІТОРИНГ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНОЮ АМПУТАЦІЄЮ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

*М. Й. Федечко, ДНП «Львівський національний медичний університет імені
Данила Галицького», м. Львів*

У ряді досліджень останніх років встановлено зміни серцево-судинної системи в осіб з ампутаціям та компенсаторні реакції після протезування. (Ghai L, 2024, Nishioka Y., 2024, Wong C. K., 2024).

Нижні кінцівки відіграють важливу роль у регуляції артеріального тиску, протидіючи гравітації, яка впливає на рух крові у венозній системі нижньої частини тіла. При ампутаціях можливість компенсації функцій втраченого органу є першочерговою умовою адаптації в соціумі, відновлення працездатності та соціальної активності.

Достовірне підвищення ризику інфаркту міокарда в осіб з ампутацією пов'язується нижчим рівнем фізичної активності, ожирінням, розвитком артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та резистентності до інсуліну. В результаті цього змінюється гемодинаміка, порушуються структура ендотелію коронарних судин, і, як наслідок, збільшується ризик тромбозу. Гемодинамічні зміни, які розвивається внаслідок трансфеморальних ампутацій нижніх кінцівок збільшують частоту розвитку інфаркту міокарда, фібриляції передсердь та серцевої недостатності (СН). Носіння трансфеморального протеза стабілізує зміни, що виникають внаслідок трансфеморальних ампутацій.

Для контролю стану ССС в осіб з ампутацією застосовують тести, що об'єктивно оцінюють функціональні зміни: 18-хвилинний тест із підйомом голови вгору (HUT-test), тест з 6 –хвилинною ходьбою (6 MWT) з постійним моніторингом стану АТ і ЧСС. Оцінювання стану кардіоваскулярної системи в осіб з ампутацією проводять до початку активної реабілітації та перед

встановленням протеза. Протипоказами до активної реабілітації є: нестабільна стенокардія, неконтрольовані аритмії, декомпенсована СН.

Травматична ампутація нижніх кінцівок, супроводжується або є причиною кардіоваскулярних порушень. Протезування, як технологія наближення до нормалізації фізичного статусу в осіб з ампутаціями, потребує застосування сучасних методів моніторингу серцево-судинної системи.

ЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ ГОМОЦИСТЕЇНУ ТА ІНШИМИ ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

Пелех Андрій; Цюрюпа Олег; Дзись Євген

*ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького»*

Вступ. Підвищення рівня гомоцистеїну (ГЦ) асоціюється з ендотелією дисфункцією, оксидативним стресом, розладами гемостазу та прогресуванням атеросклерозу. Тому виявлення взаємозв'язків між рівнем ГЦ та класичними чинниками серцево-судинного ризику (ССР) не втрачає актуальності.

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язки між рівнем ГЦ та іншими лабораторними показниками ССР.

Методи. Проаналізовано показники ліпідограми, глікемічного статусу (глюкоза натще, глікований гемоглобін), гомоцистеїну, сечової кислоти, С-реактивного протеїну в 155 практично здорових людей (80 жінок і 75 чоловіків) віком від 20 до 74 років (середній вік $42,8 \pm 8$ роки) без клінічних ознак серцево-судинних хвороб. Статистичне опрацювання отриманих даних здійснювали, визначаючи кореляційні зв'язки між порівнюваними параметрами за коефіцієнтом кореляції Пірсона.

Результати. Підвищення рівня ГЦ виявлено у 53 (34,19%) випадках, загального холестерину – у 97 (62,58%), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) – у 87 (56,13%), тригліцеридів – у 32 (20,65%), глюкози натще – у 19 (12,26%), глікованого гемоглобіну – у 19 (12,26%) і сечової кислоти – у 30 осіб (19,35%), а знижений рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності – у 97 осіб (62,58%) з числа обстежених.

За допомогою кореляційного аналізу виявлено статистично значущі позитивні зв'язки між рівнем ГЦ та рівнями загального холестерину, холестерину ЛПНЩ і сечової кислоти, а в осіб з вираженою гіпергомоцистеїнемією – також С-реактивного протеїну.

Висновки. Виявлені асоціації між гіпергомоцистеїнемією та розладами ліпідного, вуглеводного і пуринового обміну, а також розвитком системної запальної відповіді низької інтенсивності підтверджують системний характер змін у процесі розвитку хвороб атеросклеротичного походження, а також

вказують на те, що ГЦ потрібно розглядати не лише як незалежний, але і як інтегральний чинник ССР.

АНАЛІТИЧНИЙ КОМЕНТАР ЩОДО КОНЦЕПЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННО-НИРКОВО-МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Дзись Є. І., Томашевська О. Я.

м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

У 2023 році Американська асоціація серця (American Heart Association, АНА) виокремила серцево-судинно-нирково-метаболический синдром (СНМС) як новий системний розлад, що поєднує метаболічний синдром (МС), серцево-судинні хвороби (ССХ) і хронічну хворобу нирок (ХХН). Такий підхід має прогностичну цінність, однак викликає низку застережень щодо його клінічного застосування.

СНМС не є класичним синдромом, оскільки етіопатогенетичні зв'язки між його складовими залишаються недостатньо обґрунтованими. Зокрема, у запропонованій концепції недостатньо враховано роль печінки як важливого органа патогенезу, особливо в контексті метаболічно асоційованої стеатозної хвороби печінки.

Стадіювання СНМС виглядає умовним:

Стадія 0 не має чітких критеріїв, що розмиває межі між нормою та патологією.

Стадія 1 охоплює осіб із надмірною масою тіла, дисфункційною жировою тканиною та переддіабетом, тобто є надто гетерогенною.

Стадія 2 включає МС, гіпертригліцеридемію, цукровий діабет 2-го типу й артеріальну гіпертензію без урахування їх тяжкості чи контрольованості, а також ХХН 1-3 стадій, але без уточнення етіології, що ускладнює відповідність концепції.

Стадію 3 визначають як наявність субклінічної ССХ і/або ХХН 4–5 стадій, однак без урахування їх клінічної різноманітності.

Стадія 4 – маніфестні ССХ і ХХН, що трактується як мультиморбідність, без доведення наявності єдиного унікального патогенезу.

Отже, попри безперечну актуальність, концепція СНМС потребує подальшого наукового доопрацювання, зокрема, уточнення діагностичних критеріїв, поглиблення патогенетичних обґрунтувань взаємозв'язків та чіткішої диференціації стадій. Доповнення моделі результатами сучасних молекулярно-генетичних досліджень може надати їй більшої наукової строгості.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ЖІНОК

*Полянська О.С., Гулага О.І., Москалюк І.І., Полянський І.Ю
м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет*

За даними дослідження WAMIF серцево-судинні захворювання є основною причиною смерті у жінок, а лікарняна смертність значно вища у жінок, ніж у чоловіків. Виявлено, що SCAD (Spontaneous Coronary Artery Dissection) це найпоширеніша причина інфаркту міокарда (ІМ) у жінок віком до 50 років та вагітних або тих, які нещодавно народили [Гейс Ш. [2025] і вказує на спонтанний розвиток внутрішньостінкової гематоми в судині. Одноцентрові дослідження показують, що на SCAD припадає до 4% усіх гострих коронарних синдромів та до 35% ІМ у жінок віком до 50 років.

Мета дослідження. Вивчити особливості виникнення інфаркту міокарда у жінок за даними літературних джерел.

Матеріал і методи дослідження. Проведений аналіз сучасних літературних джерел щодо виникнення коронарних подій у жінок.

Результати. За даними Альфонсо Ф. [2012] консервативне лікування є ефективним у пацієнтів зі SCAD і не передбачає антикоагуляції. В дослідженні WAMIF виявлено, що у 91,6% жінок з ІМ був типовий біль у грудях, тому при наявності скарг у молодій жінки на біль у грудях треба виключити можливий ІМ з контролем гормональної терапії з метою контрацепції, а також необхідності проведення додаткових досліджень. Профіль ризику показав, що 75,5% були курцями, 35% мали сімейний анамнез серцево-судинних захворювань, 33% мали ускладнення вагітності, 55% нещодавно пережили стрес. Результати коронарографії (КВГ) показали, що тільки у 1% жінок не виявлено змін, а у 29,3% було виявлено пошкодження судин. У жінок через 1 рік у 90,4% не було жодних серцево-судинних подій, а у 72% навіть не було жодних симптомів.

Отже, після проведення КВГ у жінок з ІМ необхідно проводити оптичну когерентну томографію, яка може виявити SCAD з підбором подальшого індивідуалізованого лікування.

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ

ІНДЕКС ЯКОСТІ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)

Масік Н.П., Масік І.М.

Вінниця, Україна, Вінницький національний медичний університет ім. М.І.

Пирогова

З огляду на зростання поширеності ХОЗЛ, важливо зрозуміти, як зміни у складі тіла впливають на стан здоров'я. Сила стискання рук служить цінним показником загальної м'язової сили, тоді як індекс якості м'язів (ІЯМ), став

показником фізичної функції. Показано, що низький ІЯМ пов'язаний з метаболічним синдромом та прогнозуванням факторів ризику серцево-судинних захворювань. Низька м'язова маса/сила та надлишок жирової тканини мають тісно взаємопов'язані патофізіологічні механізми, які посилюють один одного. Це порочне коло призводить до зниження синтезу білка і його деградації, інфільтрації жиру в скелетні м'язи, розвитку запалення, оксидативного стресу. Втрата м'язової маси/сили та накопичення внутрішньом'язового жиру сприяють порушенню скоротливості м'язів.

Мета: оцінити зв'язок між ІЯМ та функцією легень хворих на ХОЗЛ.

У 30 хворих визначали індекс маси тіла (ІМТ), спірометрію, силу стискання руки (динамометрія) і обчислювали ІЯМ шляхом ділення сили стискання руки на ІМТ.

Ожиріння діагностовано у 16,67% пацієнтів з GOLD 1, 33,33% GOLD 2, 50,0% GOLD 3 і 16,67% GOLD 4. Встановлений кореляційний зв'язок між тяжкістю ХОЗЛ і вісцеральним типом ожиріння ($r=0,41$; $p<0,05$). З прогресуванням ХОЗЛ (від GOLD 1 до GOLD 4) зменшується частка знежиреної (на 11,1%) маси і збільшується жирової (на 17,8%) маси тіла.

Відзначено, що низький ІЯМ прогнозує нижчий ОФВ1, оскільки у суб'єктів з низьким ІЯМ ОФВ1 був на 14,87 % та ФЖЕЛ менша на 13,53%.

Висновки. В процесі прогресування ХОЗЛ збільшується частка хворих з ожирінням і зменшенням знежиреної маси тіла. Низький індекс якості м'язів пов'язаний з параметрами функції легень і може слугувати як індикатор, що визначає потребу в тренуванні м'язів у програмах легеневої реабілітації осіб з ХОЗЛ.

ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ

Вольницька Х. І., Костик О. П., Рудницька Н. Д., Галишич Н. М., Старічек Г. В., Чуловська У. Б.

м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Метою дослідження було вивчення особливостей інтерлейкінового профілю сироватки крові у хворих на туберкульоз (ТБ) та неспецифічні захворювання легень (ХОЗЛ) і бронхіальну астму (БА) з наявністю бронхообструктивного синдрому (БОС) для верифікації його генезу.

Встановлено, що у хворих на ТБ з БОС, зумовленим ХОЗЛ, рівень прозапальних цитокінів ІЛ-1 β у сироватці крові перевищував такий не лише у хворих на ХОЗЛ, але і при БОС, зумовленим БА у хворих на ТБ ($3,91 \pm 1,42$ пг/мл проти $2,42 \pm 0,58$ пг/мл, і $2,88 \pm 1,42$ пг/мл, $p < 0,01$). Аналогічна тенденція характерна для динаміки змін ІЛ-2 і ІЛ-6, особливо для TNF- α ($21,4 \pm 1,83$ пг/мл

проти $17,61 \pm 1,39$ пг/мл та $22,47 \pm 1,78$ пг/мл, $p < 0,05$). Вміст протизапального ІЛ-4 був значно нижчим як від даних у хворих з ХОЗЛ, так і від такого при ТБ з БОС, зумовленого БА ($0,75 \pm 0,12$ пг/мл проти $0,91 \pm 0,14$ пг/мл та $1,53 \pm 0,27$ пг/мл, $p < 0,05$). Така ж динаміка показників цитокінового профілю була характерна і для хворих на пневмонію з БОС, спровокованим ХОЗЛ чи БА, але проявлялася більш вираженим зростанням рівнів ІЛ-2 та ІЛ-6, менш вираженим зростанням TNF- α ($17,0 \pm 1,04$ пг/мл проти $21,4 \pm 1,83$ пг/мл) та значно збільшеним рівнем ІЛ-4 ($11,2 \pm 1,06$ пг/мл проти $8,47 \pm 1,18$ пг/мл та $9,41 \pm 0,68$ пг/мл). Виявлена експресія інтерлейкінів прозапального ряду відображає гостроту запалення при специфічних та неспецифічних запальних захворюваннях легень, дає можливість застосовувати їх в якості додаткових критеріїв верифікації генезу захворювання, проведення диференційної діагностики для попередження хронізації патологічного процесу, незалежно від причин його виникнення.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ (УЗД) В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ SARS-CoV-2 АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ

Ткаченко М.М., Черкасова Л.А., Морозова Н.Л., Танасічук-Гажисєва Н.В.

Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Сонографія легень та грудної порожнини є сучасним ефективним методом діагностики вірусної пневмонії у пацієнтів, інфікованих COVID-19, яка дає можливість швидко визначати стан легеневої тканини, локалізацію ураження, його характер та ступінь структурно-морфологічних змін, оцінити динаміку патологічного процесу та виявити можливі ускладнення. Ультразвукове дослідження є доступним, безпечним, придатним для швидкого скринінгу, сортування пацієнтів та дозволяє проводити обстеження в киснезалежних пацієнтів біля ліжка. В умовах пандемії у 55 хворих, які проходили лікування в КНП «Свято-Михайлівській клінічній лікарні м. Києва» та КНП «Київській міській клінічній лікарні № 4» проведено сонографію легень за стандартним протоколом з визначенням наступних УЗ-ознак: нерівність плевральної лінії, потовщення плевральної лінії, появу В-ліній в різних варіантах (поодинокі, множинні, зливні), наявність субплевральних консолидації та характер поширення, переважно в базальних відділах легень, наявність рідини в плевральних порожнинах, які були високими критеріями пневмонії, спричиненої інфекцією COVID. На початковій стадії запалення легень характерним було утворення В-ліній, які не зливалися між собою. При середній стадії - число В-ліній збільшувалося, переважно в базальних відділах легень (двобічно). Візуалізація збільшення кількості В-ліній до повного злиття свідчила про виражені інтерстиціальні зміни при тяжкому перебігу запалення. При позитивній динаміці запального процесу число В-ліній зменшувалося, при тяжкому перебігу – з'являлися ділянки консолидації розміром більше 1 см.. У

90% пацієнтів запальна альвеолярна консолідація (ущільнення) легень була розташована в задньолатеральній зоні, і лише в 10% випадків мала іншу локалізацію. Сонографія легень дозволила візуалізувати наявність патологічних В-ліній у 51 (92,7%), аномалії плевральної лінії у 17 (30,9%), субплевральні консолідації у 11 (20%) пацієнтів. В 7 (12,7%) випадках виявлений плевральний випіт. У всіх пацієнтів зміни носили двобічний характер. У 30 (54,5%) пацієнтів спостерігався двобічний інтерстиціальний синдром, а у 5 (9%) – однобічний. Ураження нижніх відділів легень виявлено у 11 (20%), середніх відділів – у 6 (11%), верхніх – у 3 (5,4%) пацієнтів. Проведення порівняльного аналізу даних рентгенологічного дослідження та сонографії легень при коронавірусній хворобі COVID-19 свідчило, що загалом спостерігалось певне запізнення розвитку рентгенологічних змін, як у напрямку наростання патологічного процесу в легенях, так і при позитивній динаміці в порівнянні із результатами УЗД. За даними наукових досліджень чутливість УЗД при діагностиці SARS-CoV-2 асоційованих уражень легень досягає 91,8% , специфічність - 83,4%.

ДЕРМАТОВЕНЕРАЛОГІЯ

АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ ІНФЕКЦІЯХ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ: ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЇ ВІДПОВІДІ

Короленко В.В.¹, Степаненко В.І.²

м. Київ, Університет «КРОК»¹

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), становлять серйозну глобальну загрозу: щодня фіксується понад 1 млн нових випадків. В Україні щорічно реєструється близько 400 тис. випадків, хоча реальний рівень значно вищий. Зростаюча антимікробна резистентність (АМР) ускладнює лікування ІПСШ, знижує ефективність терапії та підвищує ризики ускладнень.

У дослідженні використано бібліосемантичний метод аналізу джерел, нормативно-правової бази та сучасних рекомендацій. Результати свідчать про необхідність інтегрованої відповіді з боку медичних, наукових, державних і міжнародних структур. Оновлені настанови ВООЗ 2024 року підкреслюють важливість локального епіднагляду за АМР для обґрунтованого вибору терапії. Україна приєдналася до глобального моніторингу АМР та затвердила Державну стратегію боротьби з АМР до 2030 року. Серед пріоритетів - посилення інфекційного контролю, розвиток лабораторій, наукові дослідження, підвищення обізнаності та контроль якості антибактеріальних препаратів. Подолання АМР - стратегічне завдання в умовах війни та євроінтеграційного курсу України.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ**СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА:
МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ І ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ***Мойсеєнко В.О., Никула А.Т.**Київ, Україна**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Серед медикаментозної корекції синдрому подразненого кишечника виділяють наступні групи препаратів: спазмолітики, послаблюючі, антидіарейні (діюча речовина – симетикон), нейромодуючі, прокінетики, топічні антибіотики (рифаксимін). Старт лікування – призначення спазмолітиків, контрольний огляд через 1 місяць; при наявності відповіді на терапію – пацієнт продовжує підтримуючу терапію, контрольний огляд через 6 міс; якщо відповіді на терапію нема – шукаємо інший спазмолітичний засіб, оскільки больовий синдром різко погіршує якість життя і знижує працездатність. Замінивши спазмолітик спостерігаємо за пацієнтом впродовж 1 місяця, при тривалому больовому абдомінальному синдромі слід звернутися до мультидисциплінарної команди (консультація проктолога, хірурга, повторна колоноскопія тощо), призначають трициклічні антидепресанти, інгібітори зворотнього захвату серотоніну, 5HT₃-антагоністи, 5HT₄-агоністи. Крім абдомінальгії наявні здуття живота та порушення функції кишечника. При діарейі При діарейі рекомендується дієта з легким ступенем засвоєння, BRAT (банани, рис, яблучне пюре, тости) вівсянка та нежирне м'ясо. При закрепках - продукти, багаті на клітковину та воду: фрукти (яблука, груші, чорнослив), овочі (морква, броколі, буряк), бобові (квасоля, сочевиця), цільнозернові (вівсянка, коричневий рис), горіхи та насіння (льонове, чіа). Важливо пити багато рідини, зокрема воду, компоти та свіжі соки, а також включати в раціон пробіотики (йогурт, кефір) та рослинні олії (оливкову, лляну). Важливо пити багато рідини для запобігання зневодненню, але уникати газованих напоїв, кофеїну, алкоголю, жирної, гострої та смаженої їжі, а також сирих овочів та фруктів, молока і солодощів. Якщо призначене лікування контролює симптоми, продовжуємо лікування ще 6 місяців, якщо нема ефекту – лікування слід переглянути.

**ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРОКІНЕТІКА ЦИЗАПРИДУ ТА H₂-
БЛОКАТОРА ФАМОТИДИНУ НА КИСЛОТО-ПЕПТИЧНУ СЕКРЕЦІЮ
У ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ***Пляцко М.Г., Дробінська Н.В.**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Вступ. Прокінетики широко застосовують у лікуванні захворювань травного каналу, часто в комбінації з блокаторами кислотної секреції. Проте дані щодо їх спільного впливу на кислотно-пептичну секрецію обмежені.

Мета. Оцінити ефективність поєданого застосування цизаприду та фамотидину щодо шлункової секреції у хворих на виразку дванадцятипалої кишки.

Матеріали і методи. Обстежено 44 пацієнти з виразковою хворобою та хронічним гастродуоденітом (13 чол., 31 жін.), віком 28–56 років. Пацієнтів розділено на 2 групи. Підчас проведення фракційного зондування після субмаксимальної стимуляції пентагастрином пацієнтам першої групи (n=24), вводили інтрагастрально фамотидин (40 мг) та цизаприд (10 мг), у другій (n=20) — лише фамотидин (40 мг). Визначали концентрацію вільної НСІ і пепсину

Результати. Поєдане застосування цизаприду з фамотидином знижувало вміст НСІ на 60,0 % (з $60,1 \pm 3,7$ до $24,1 \pm 3,8$ ммоль/л; $p < 0,001$), пепсину — на 72,5 % (з $0,91 \pm 0,11$ до $0,25 \pm 0,03$ мг/мл; $p < 0,001$). У групі монотерапії фамотидином рівень НСІ знижувався на 52,4 % (до $28,5 \pm 5,4$ ммоль/л; $p < 0,001$), пепсину — на 28,4 % (до $0,48 \pm 0,04$ мг/мл; $p < 0,001$).

Висновки. Комбінація цизаприду з фамотидином ефективніше пригнічує секрецію пепсину та НСІ, ніж монотерапія, що свідчить про доцільність їх сумісного застосування при кислотозалежній патології.

НЕФРОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА АНКЕТ МІЖНАРОДНОГО ІНДЕКСУ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ-5 ЧОЛОВІКІВ ІЗ ОТРИМАНОЮ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ

*Воробець Д.З., Воробець М.З., Чаплик В.В., Фафула Р.В., Воробець З.Д.
Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Нині існує низка досліджень щодо розвитку еректильної дисфункції (ЕД) в учасників бойових дій (В'єтнам, Афганістан, Ірак), що пов'язано з постійними стресами, пораненнями тощо. Сучасне наукове розуміння еректильної дисфункції вказує на переважну вторинність сексуальних розладів стосовно захворювань, що їх спричиняють. Це значною мірою стосується чоловіків, постраждалих внаслідок бойових дій. Основою роботи стали результати анкетування 298 чоловіків, постраждалих внаслідок бойових дій (осколкові та кульові поранення) з використанням анкет Міжнародного індексу еректильної функції-5 (МІЕФ-5). Дослідна група була розділена на дві: чоловіки віком 20–39 років (група 1) і чоловіки віком 40–53 роки (група 2). До контрольної групи увійшли 48 практично здорових чоловіків без скарг на сексуальну дисфункцію чи кардіологічну, неврологічну або ж ендокринологічну патологію. Серед чоловіків контрольної групи – 30 чоловіків віком 20–39 років (група 3) і 18 чоловіків віком 40–53 років (група 4). Показано, що у 196 чоловіків 1-ї групи

віком 20–39 років спостерігається легка форма ЕД – сумарний бал – $19,57 \pm 0,44$. У 102 чоловіків 2-ї групи віком 40–53 роки теж наявна легка форма ЕД, однак сумарний бал значно нижчий – $17,94 \pm 0,41$. Показники окремих 5 компонентів статевої функції чоловіків і шкала твердості ерекції також були нижчими в пацієнтів 2-ї групи. Найбільш показово знижується домен ЕД-МІЕФ-5 зі ступенем тяжкості ЕД. Усі домени МІЕФ-5 достовірно знижуються при ЕД порівняно зі контрольною групою чоловіків, проте диференціація за тяжкістю ЕД відсутня. Тобто, при ЕД будь-якої вираженості одночасно страждають всі інші сексуальні функції – сексуальне бажання, впевненість в ерекції, твердість та підтримання ерекції, задоволення від статевих актів та статевого життя.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЗМІШАНОЮ ФОРМОЮ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ, ЩО РОЗВИНУЛАСЬ В РЕЗУЛЬТАТІ ПЕРЕНЕСЕНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Воробець М.З., Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Військовослужбовці із отриманими бойовими травмами відчують довгострокові наслідки важких поранень, які мають значний вплив на якість життя та статеву функцію. Мета роботи - порівняльний аналіз показників Міжнародного індексу еректильної функції та показників якості життя чоловіків із перенесеними бойовими травмами та сексуальною дисфункцією, що супроводжується хронічним тазовим болем та передчасною еякуляцією, до та після лікування. Основу роботи склали результати анкетування 76 чоловіків віком 20-53 роки, постраждалих внаслідок бойових дій (політравми) до та після лікування із використанням анкети Міжнародного індексу еректильної функції-5 та опитувальника SF-36 для оцінки якості життя. Пацієнти були розділені на дві групи: група 1 - пацієнти з еректильною дисфункцією змішаного генезу, що супроводжується хронічним тазовим болем (n=48); група 2 - пацієнти з еректильною дисфункцією (ЕД) змішаного генезу і передчасною еякуляцією (n=28). Показано, що усунення больових відчуттів у ділянці тазу після успішної етіотропної терапії пацієнтів групи 1, поруч із патогенетичною терапією ЕД, призводить до достовірного покращення показників загального здоров'я, рольово-фізичного функціонування, рольово-емоційного функціонування, життєвої активності, психічного здоров'я, відсутності відчуття болю. Усунення причини еректильної функції за допомогою психотерапії з потенціюванням ефекту прийомом силденафілу призводить до достовірного зростання середнього балу усіх доменів МІЕФ-5, а отже покращення сексуальної функції в цілому. Після лікування пацієнтів групи 2 спостерігається вірогідне зростання середнього балу відсутності відчуття болю з 84,9 до 95,1. Достовірного зростає середній бал життєвої активності з 63,9 до 70,2, а також спостерігалась тенденція до покращення домену психічного здоров'я з 68,1 до 74,3.

ЗМІНИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЩУРІВ ЗІ ЗМОДЕЛЬОВАНОЮ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ CHANGES IN THE HORMONAL STATUS OF RATS WITH SIMULATED BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Люлько С.В., Каштелян О.А., Савицький І.В.

ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини» м. Київ, Україна

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є одним із найчастіших урологічних захворювань серед чоловіків старше 60 років. Згідно зі світовими статистичними даними, ДГПЗ відмічається у 20-40% чоловіків віком 41-50 років, у близько 50% – віком 51-60 років, у приблизно 60% – віком старше 60 років та майже у 80% – старше 80 років. За українськими епідеміологічними даними 2022 року, поширеність ДГПЗ становить 1132 випадки на 100 тис. чоловічого населення старше 18 років. Серед чоловіків пенсійного віку ця цифра зростає до 4435 на 100 тис. населення, а всього 2022 року в Україні зареєстровано 172,6 тис. пацієнтів із ДГПЗ. Соціально-економічна значимість та актуальність даного захворювання підкреслюється демографічними дослідженнями ВООЗ, які свідчать про значний ріст населення планети віком від 60 років.

Мета: задля підтвердження відтворення експериментальної патології було проведене дослідження рівнів гормонального статусу.

Матеріали і методи: дослідження проводили на 30 білих статевозрілих щурах-самцях, які були розподілені на 2 групи: 1 група – інтактні тварини, 2 група – щури із експериментальною доброякісною гіперплазією передміхурової залози, модель якого базувалася на сульпірид-індукованій гіперплазії передміхурової залози. Стан гормонального статусу оцінювали за рівнем тестостерону (Т), рівня фруктози, дигідротестостерону (ДГТ), естрадіолу (Е2), а також за співвідношенням Т/Е2. При роботі з тваринами дотримувалися Міжнародного кодексу медичної етики (Венеція, 1983), «Європейської конвенції щодо захисту хребетних тварин, які використовуються з експериментальними та іншими науковими цілями» (Страсбург, 1986). Статистичну обробку одержаних результатів проводили за допомогою програми «Statistica 10.0».

Результати: Встановлено, що у тварин зі змодельованою ДГПЗ зниження рівня Т в 2,7 рази ($p < 0,05$), рівня фруктози в 2,8 разів ($p < 0,05$), різке підвищення рівня ДГТ в 2,2 рази ($p < 0,05$) та Е2 – в 2,1 рази ($p < 0,05$) відносно інтактних щурів. Також у щурів групи контрольної патології відмічалось достовірне зниження співвідношення Т/Е2 в 5,6 разів ($p < 0,05$). Достовірне підвищення активності в 144 сироватці крові тварин групи контрольної патології свідчило про порушення функціональної активності та вказувало на появу потужних запальних процесів передміхурової залози (ПЗ). Підвищення вмісту ДГТ в сироватці крові тварин групи контрольної патології свідчило про розвиток гіперплазії ПЗ, а зниження рівня Т та ріст рівня Е2 підтверджувало порушення її функціональної активності.

Висновки: При тривалому введенні блокаторів дофамінових рецепторів, (зокрема, сульпіриду), підвищується рівень пролактину та знижується вивільнення гонадотропних гормонів. В свою чергу пролактин стимулює

проліферацію та діє як андроген-незалежний інгібітор апоптозу простатичного епітелію, що призводить до гіперплазії ПЗ. Крім цього, підвищення вмісту пролактину активує ароматазу, внаслідок чого відмічається ріст перетворення Т на Е2, який і викликає проліферацію клітин ПЗ. Ароматизація андрогенів у естрогени відіграє відповідне значення в канцерогенезі простати. Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, гормональний статус, тестостерон.

НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ПСИХІАТРІЯ

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА І НАДЛИШКОВА ВАГА: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Мазур Л.П.

Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені

І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

За останні 50 років кількість осіб, які страждають від надмірної ваги та ожиріння, значно зросла, і основними причинами цього вважають зміни в харчуванні та малорухливий спосіб життя (Blüher M, 2019). Доведено взаємозв'язок між наявністю ожиріння та вираженістю розладів настрою і тривожності (Jung S.J., 2017; De Wit l., 2022), особливо акцентовано на зростанні таких порушень у період пандемії COVID-19 (Coulthard H., 2021).

Нами було обстежено 33 пацієнти із надлишковою масою тіла, 25 жінок (75,8 %) і 8 чоловіків (24,2 %). Індекс маси тіла (ІМТ) у групі становив $30,5 \pm 1,3$ кг/м², а середній вік – $45,1 \pm 5,4$ років. Для оцінки харчових звичок в учасників дослідження застосували валідизовані опитувальники з відкритих джерел – шкалу дослідження порушень харчової поведінки (Eating Disorder Examination), EDE (Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M., 2014) та голландський опитувальник харчової поведінки (Dutch Eating Behavior Questionnaire), DEBQ (Van Strien T. Et al., 1986).

При аналізі відповідей респондентів на запитання анкети EDE діагностовано відсутність розладу харчової поведінки у 22 осіб (66,7 %), наявність симптомів розладу – у 3 (9,1 %) та наявність розладу харчової поведінки – у 7 респондентів (21,2) %. Згідно з результатами оцінювання опитувальника DEBQ, показник обмежувального спрямування харчової поведінки у реципієнтів становив 1,74, емоціогенного спрямування – 1,55, а екстернального – 2,5 бали відповідно. Екстернальну спрямованість харчової поведінки демонстрували 16 учасників (48,5 %), емоціогенну – 12 (36,4 %), а обмежувальну – 8 (24,2 %) респондентів відповідно.

Таким чином, наявність розладу харчової поведінки або його симптомів демонструють 66,7 % осіб з надлишковою вагою, при цьому у 48,5 % учасників відмічено екстернальну спрямованість харчової поведінки.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

Іваник В.Р., Фоменко У.О., Боженко М.І.

Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра неврології

Актуальність. Посттравматичний головний біль (ПТГБ), який розвивається після черепно-мозкових травм (ЧМТ), значно погіршує якість життя військовослужбовців.

Мета дослідження. Встановити особливості перебігу ГБ у військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні, з урахуванням клінічного фенотипу, тривалості та інтенсивності симптомів.

Матеріали і методи. Було обстежено 52 військовослужбовці, які перебували на стаціонарному лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону. Для оцінки характеристик ГБ застосовувався авторський опитувальник «Дослідження ГБ серед військослужбовців», «Скринінговий тест на мігрень» (ID Migraine), «Опитувальник DN4» та «Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS)».

Результати. Скарги на ГБ виявлено у 78,8 % військовослужбовців. Серед усіх пацієнтів 46 % мали ЧМТ в анамнезі, що дозволило віднести їх до групи з ПТГБ, тоді як 54 % скаржилися на ГБ іншого генезу.

У пацієнтів із перенесеною ЧМТ частіше спостерігався вторинний посттравматичний тип болю, що не відповідав характеристикам мігрені та ГБ напруги, і не виявлявся у групі без ЧМТ, де переважав вторинний ГБ із мігренозними характеристиками. Слід також зазначити, що саме у пацієнтів без ЧМТ частіше відзначалися комбіновані форми, які поєднували ознаки мігрені та ГБ напруги (29,4% проти 20,8% та 11,76% проти 4,2% відповідно).

У 43,9 % обстежених осіб був виявлений нейропатичний або ноципластичний компонент болю. Для пацієнтів із ПТГБ характерна вища вираженість нейропатичного компонента, що підтверджується підвищеними балами за шкалою DN4 ($p = 0,008$).

Висновки. ПТГБ у військовослужбовців має хронічний і багатofакторний перебіг із різними клінічними фенотипами, нейропатичним компонентом та високим рівнем психоемоційних порушень, що потребує персоніфікованого підходу до оцінки та лікування.

РОЛЬ ПЕРФУЗІЙНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Ткаченко М.М., Морозова Н.Л., Танасічук-Гажиева Н.В., Черкасова Л.А., Рожковська К.К., Поперека Г.М.

Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Сучасна система надання допомоги пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) реалізується в закладах охорони здоров'я з активними службами лікування інсульту, які забезпечують заходи, спрямовані на прискорення діагностики та лікування. В даний час особлива увага приділяється технологіям нейровізуалізації, які дозволяють оцінити функціональний стан головного мозку, що дає можливість визначити механізми розвитку інсульту для конкретного пацієнта та підібрати індивідуальний підхід до лікування. Аналіз історій хвороби, даних безконтрастної і перфузійної комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку 28 хворих (15 (53,6%) чоловіків і 13 (46,4%) жінок) із ГПМК, які надійшли в Свято-Михайлівську клінічну лікарню м. Києва в перші 24 години після судинної катастрофи встановив, що безконтрастна КТ залишається найбільш широко використовуваним методом первинної оцінки патології головного мозку з порівняно низькою чутливістю для виявлення ішемічних змін (ранні ознаки інсульту були виявлені у 18 (64,3%) обстежуваних). Навпаки, перфузійна КТ дозволила виявити зону «критичної» перфузії у 19 хворих (67,9%) у системі передньої циркуляції току крові мозку та у 7 хворих (25,0 %) у системі задньої циркуляції. Зниження об'єму мозкового кровотоку вважали маркером для ядра інфаркту, при цьому тривалий середній час циркуляції (але з нормальним об'ємом мозкового кровотоку) визначався маркером для ішемічної півтіні з ризиком інфаркту. КТ-перфузія в гострому періоді порушення мозкового кровообігу дає змогу візуалізувати морфологічні зміни в різних судинних басейнах, що відповідають зоні незворотних пошкоджень, а також виявити ділянки майбутнього можливого ішемічного ушкодження головного мозку, що важливо для скорочення часу діагностики і визначення тактики ведення пацієнтів.

РЕЦИДИВУЮЧІ ІНСУЛЬТИ У ВАГІТНОЇ ЯК МАРКЕР ПРИХОВАНОГО МІЄЛОФІБРОЗУ З ТРОМБОФІЛІЄЮ

Боженко Н.Л., Ковальчук К.О.

Львів, КНП Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність: Представлений випадок демонструє рецидивуючі ішемічні інсульти у молодій жінки під час другої та третьої вагітності на тлі первинного

мієлофіброзу з поліцитемічною стадією та тромбофілією. Він підкреслює, що інсульт у молодому віці не слід розглядати як ізольовану подію, адже навіть при відсутності традиційних факторів ризику необхідне активне обстеження на мієлопроліферативні та гематологічні порушення. Випадок ілюструє критичну роль поєднання неврологічного, гематологічного та акушерського спостереження для своєчасної діагностики, запобігання повторним інсультам і покращення функціонального прогнозу у таких пацієнтів.

Клінічний випадок: 26-річна жінка, на 12-му тижні другої вагітності, раптово втратила можливість говорити, відчула затерпання та слабкість у правих кінцівках. При неврологічному огляді - моторна афазія, правобічний геміпарез та гемігіпестезія, симптом Горнера, позитивний симптом Бабінського справа. КТ ГМ підтвердило ішемію в басейні ЛСМА. ЗАК показав виражену поліцитемію й гіпертромбоцитоз. Висновок гематолога: мієлофіброз, поліцитемічна стадія, розгорнута клініко-гематологічна картина, спленомегаля за даними УЗД. Вагітність перервано за медичними показами, розпочато цитостатичну терапію гідроксикарбамідом. Консультована ревматологом – без патології. З анамнезу – лікувалась з приводу виразкової хвороби ДПК, інших захворювань не мала. Через п'ять років під час третьої вагітності знову звернулася зі скаргами на головний біль, парез справа, дисфазію, що наростали від ранку. За даними МРТ ГМ - підгостре ішемічне ураження лівої тім'яної частки з постішемічними змінами. На ЕЕГ - вогнищева активність лівої тім'яно-скроневої області. Знову переривання вагітності за медичними показами, призначено цитостатичну та антитромботичну терапію.

У 2017 році поступила з гострим болем у животі. Діагноз: підгострий тромбоз ворітної вени, істинна поліцитемія, набута тромбофілія, було проведено оперативне втручання. Так підтвердився системний тромбоз-асоційований перебіг мієлопроліферативного захворювання.

Результати обстежень (2025 р.): Нь 154, еритроцити 5,56, Нт 44,7%, лейкоцити 11,25, нейтрофіли 81,5%, лімфоцити 13,4%, тромбоцити 206, P-LCR 48,5, MPV 12,9, D-димер – 411 Од, решта показників без змін. На даний час у пацієнтки зберігається правобічний геміпарез і моторна дисфазія, постійно приймає аспірин-кардіо, періодично приймає цитостатики, перебуває під наглядом невролога, гематолога, судинного хірурга та займається з реабілітологом. Стан пацієнтки стабільний з покращенням функціональних показників.

Діагноз: Наслідки перенесених ішемічних інфарктів у басейні ЛСМА (2008, 2013 рр.) у вигляді правобічного геміпарезу з елементами моторної дисфазії. Мієломна хвороба в стадії ремісії. Виразкова хвороба ДПК в стадії ремісії.

Висновок: Дві вагітності, ускладнені рецидивуючими ішемічними інсультами на фоні мієлофіброзу з тромбофілією, показують, що інсульт у молодому віці може бути першою ознакою системного захворювання. Вагітність у таких пацієнток часто виступає тригером гострих цереброваскулярних подій,

що підкреслює критичну важливість ранньої діагностики та комплексного мультидисциплінарного ведення. Лише інтегрований підхід дозволяє своєчасно запобігти повторним інсультам і тромбозам, оптимізувати функціональний прогноз і нагадує лікарям про необхідність настороженості навіть при відсутності традиційних факторів ризику. Цей випадок служить нагадуванням - за кожним інсультом у молодого пацієнта може ховатися серйозна системна патологія.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КОЛЕКТИВНОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ПРИКЛАДІ ЯПОНСЬКОЇ МОДЕЛІ КОКОРО-NO-CARE

Ярослав Дякунчак, сімейний лікар, КНП ЦПМСД «Русанівка» Дніпровського району м. Києва

З 01.09.2025. по 18.09.2025. мав честь разом з колегами брати участь у навчальній програмі «Удосконалення системи ментального здоров'я та психосоціальної підтримки (Kokoro-no-Care) в умовах надзвичайних ситуацій», яка була організована Японським агенством міжнародного співробітництва (Japan International Cooperation Agency, JICA). Навчальна програма відбувалась на базі Інституту з вивчення травматичного стресу (Hyogo Institute for Traumatic Stress), який розташований у м. Кобе (Японія).

Японія має значний досвід у подоланні наслідків природніх катаклізмів, зокрема землетрусів, цунамі ін. (Ханшін-Аваджі, 1995 (Кобе) – загинуло 6,437, травмованих – 34900, Великий Східний Землетрус, внаслідок якого виникло цунамі та аварія на атомній станції Фукушіма, 2011 – загинуло 15900, 2520 – зниклих безвісти). Зокрема, дані катастрофи вплинули на ментальне здоров'я населення як безпосередньо після катаклізмів, так і в довгостроковій перспективі. Основними наслідками, які впливають на ментальне здоров'я є: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, реакція на втрату, залежності, розлади адаптації, психосоматичні розлади та ін.).

У навчальній програмі розглянули японську систему ментального здоров'я та психосоціальної підтримки (Kokoro-no-Care, дослівно в перекладі – «Догляд за серцем»), яка передбачає комплексний підхід із залученням сектору громадського здоров'я (напр., public health nurses) та первинної медичної допомоги, формування команд реагування (Disaster Psychiatric Assistance Team – DPAT – бригада психіатричної допомоги при катастрофах, Primary Care Assistance Team та ін.), широкомасштабної системи освіти з реагування на надзвичайні ситуації, яка починається зі школи (проведення тренінгів для дітей та вчителів, рольові ігри, змагання, покрокові інструкції, психоосвіта серед населення щодо ментального здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій та ін.), залучення громадських організацій (напр., EARTH – Emergency And Rescue Team by school staff in Hyogo).

Особливої уваги надається концепції «травма-інформованої допомоги» або «допомога з огляду на травму» (Trauma Informed Care). Цей термін означає підхід до надання допомоги, який базується на розумінні того, як травма може впливати на людину, і спрямований на створення безпечного та підтримуючого середовища). Внаслідок травми зміни відбуваються на різних рівнях – тіло, емоції, поведінка, інтелект, а також зміни впливають на потреби та переконання. Дуже важливо брати до уваги впливи, які може чинити травма, щоб попередити небажані наслідки або ретравматизацію. Травма-інформована допомога передбачає багаторівневий підхід.

Також під час навчальної програми розглянули питання самопомоги та підтримки між співробітниками (Self-care and Coworker support). Зокрема, розглянули різні типи стресорів та реакцій на стрес, а також методи управління стресом (прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи та ін.). Дуже важливим є розвивати в собі різнопланові методи управління стресом (напр. фізична активність, читання, спілкування з друзями та ін.).

Також розглянули принципи підтримки серед співробітників, які базуються на трьох підходах: дружба, наставництво, лідерство. Підтримка серед співробітників передбачає зниження рівня стресу в колективі, а також профілактику синдрому вигорання.

Отже, досвід японської моделі ментального здоров'я та психосоціальної підтримки може стати в нагоді для подолання наслідків війни, яку несправедливо розпочала Росія проти України, а саме для зниження поширеності ментальних розладів серед населення, впровадження просвітницьких заходів щодо ментального здоров'я в умовах воєнного стану та створення комплексної багаторівневої стійкої системи ментального здоров'я.

ІМУНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ

ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПРИ АНАЛІЗІ ЛІТИННИХ ТА ГУМОРАЛЬНИХ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА БУЛЬОЗНИЙ ЕПІДЕРМОЛІЗ

Федорець Є.А., Голубовська О.А., Пінський Л.Л.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Пріоритетними при лікуванні хворих на бульозний епідермоліз (БЕ) є пошук прогностичних лабораторних тестів, які суттєво впливають на клітинні та гуморальні фактори імунітету та розвиток бактеріальних ускладнень в цій групі пацієнтів.

Ми оцінили можливості чату GPT-5 щодо аналізу сканограм та файлів pdf – імунограм, які включали загальний рівень Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-супресорів / цитотоксичних клітин (CD8+), імунорегуляторний індекс (CD4/CD8), рівень В-лімфоцитів (CD19+), реакції бласттрансформації

лімфоцитів з конканаваліном – А, показники фагоцитозу та рівня імуноглобулінів. При порівнянні заключень клінічного імунолога, щодо інтерпретації результатів імунологічного обстеження хворих на БЕ, штучних інтелект (GPT-5) надав схожі, але обмежені результати, щодо подальшої визначення причин вторинного імунодефіцитного стану, зокрема залізодефіцитної анемії та низького рівня вітаміну D.

Також, нами були співставлені результати статистичного аналізу, які були проведені в пакеті Statistica 13 (StatSoft) та чатом GPT-5 в оцінці динаміки імунологічних показників хворих на БЕ за допомогою дисперсійних, кластерних, кореляційних та дискримінантних методів дослідження. Було встановлено, що результати, які отримані в пакеті StatSoft та чаті GPT-5 практично були ідентичними, але при ретельно виписаних, математично коректних Промтах, які супроводжували таблиці лабораторних тестів.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ГЕПАТИТАМИ В І С В ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Хоронжєвська І.С., Юхимчук Ю.М., Іванченко Н.О., Озірковська М.Я.

м. Острог, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Національного університету "Острозька академія"

*м. Львів, ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України» (ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ»)*

Моніторинг захворюваності гепатитами В(ГВ) та С (ГС) посідає вагомe місце на шляху до елімінації вірусних гепатитів.

Дослідження проводили в ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ», де аналізували захворюваність гострими гепатитами (ГГВ і ГГС) та вперше виявленими хронічними гепатитами (ВВ ХГВ і ВВ ХГС) серед населення Львівської області за період 2015-2023 рр.

Результати спостереження показали, що захворюваність ГГВ у 2015 р. в Львівській області становила 4,45⁰/₀₀₀₀. У 2021 р. цей показник знизився до 2,19⁰/₀₀₀₀, що було в 2,03 рази нижче, ніж у базовому 2015 р. Проте у 2023 р. захворюваність ГГВ знову зросла в 1,95 рази до 4,27⁰/₀₀₀₀. У 2021 р. захворюваність ВВ ХГВ становила 2,07⁰/₀₀₀₀, що було в 2,37 рази нижче, ніж у базовому 2015 р.(4,9⁰/₀₀₀₀), а в 2023 р. цей показник ще зріс в 2,26 рази до 4,68⁰/₀₀₀₀, В 2023 р. інцидентність ГГС в області становила 1,22⁰/₀₀₀₀, що було на 4,9% вище, ніж в 2021 р. (1,16⁰/₀₀₀₀). У 2022 р. спостерігалось зростання захворюваності ВВ ХГС на 25,3% (9,93⁰/₀₀₀₀) по відношенню до 2021 р. (7,42⁰/₀₀₀₀), а в 2023 р. цей показник ще зріс в 2,08 рази до 16,42⁰/₀₀₀₀. Проте інцидентність ВВ ХГС у 2023 р. була все ще на 2,1% нижча вихідного індикаторного показника (П) 2015 р. (16,77⁰/₀₀₀₀).

Висновок. В Львівській області в 2021 р. порівняно з ІІ 2015 р відмічалось значне зниження показників захворюваності гострими та хронічними ГВ і ГС. Повномасштабна російська військова агресія проти нашої країни призвела до підвищення ризиків зараження ГВ і ГС в області. Тому така ситуація вимагає мобілізації всіх зусиль громад і медичних працівників в профілактиці вірусних гепатитів В та С.

ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОГІЯ, НАРКОЛОГІЯ

ПСИХОМЕТРИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ

Кліщ Г. І., Кихтюк О. В.

Волинський національний університет імені Лесі Українки

У сучасних умовах соціальної турбулентності, воєнних викликів і високої інтенсивності професійної діяльності питання стресостійкості та ефективних копінг-стратегій набуває особливого значення. Стресостійкість визначають як індивідуальну здатність особи підтримувати продуктивність, психічне здоров'я й адаптивність у ситуаціях підвищеного стресового навантаження. Копінг-стратегії, у свою чергу, розглядають як когнітивні й поведінкові зусилля, спрямовані на подолання стресу.

Стресостійкість трактується багатовимірно: вона включає когнітивний контроль, емоційну регуляцію, толерантність до невизначеності, здатність до прийняття рішень в екстремальних умовах. Психометричні методи дозволяють кількісно оцінити рівень цих характеристик.

Одним із поширених інструментів є Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Інший варіант — Hardiness Scale, що ґрунтується на концепції життєстійкості як комбінації трьох компонентів: залученість, контроль і прийняття виклику. Також застосовується Brief Resilience Scale (BRS), яка фокусується на швидкості відновлення після стресу.

Копінг-стратегії класифікують за спрямованістю:

- проблемно-орієнтовані (зосереджені на зміні ситуації),
- емоційно-орієнтовані (регуляція емоцій),
- уникнення (відхід від проблемної ситуації).

Найбільш відомим психометричним інструментом є COPE Inventory, що містить 15 шкал і вимірює широкий спектр копінг-реакцій.

Ще одним поширеним методом є Ways of Coping Questionnaire (WCQ), побудований на транзакційній моделі стресу, де копінг визначається як динамічний процес взаємодії людини та середовища.

РІВЕНЬ КОРТИЗОЛУ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

Денефіль О.В.

Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Усі ми знаходимося в умовах війни. Здобувачі вищої освіти 3 курсу, яким потрібно здавати ЄДКІ-1, мають подвійний стрес. Окремі з них знаходяться на 3 курсі в умовах дистесу. Тому, крім рівня стресостійкості, важливим є визначення у них рівня кортизолу. Найдоцільнішим є визначення його у слині (для скринінгу), а не у крові, що може бути додатковим стресовим фактором. Зрозуміло, що рівень кортизолу зростає тільки у першу стадію загального адаптаційного синдрому за Г.Сельє, а у 2 і 3 стадію відмічається його нормалізація, але з'являються різноманітні хвороби, настає виснаження. Важливість своєчасного виявлення розладів, допоможе швидшій адаптації студентів до умов зовнішнього середовища, які для них є подразниками.

Обстежено 88 здобувачів вищої освіти 3 курсу медичного факультету на вміст кортизолу слини методом плюс-ІФА. Вимірювання проводили у нг/мл. Респонденти забір слини здійснювали не пізніше, ніж через 1,5 години після пробудження, тому рівень кортизолу мав бути в межах 0,9-11,5 нг/мл.

При аналізі результатів виявлено, що тільки у 2 із 88 респондентів рівень кортизолу перевищує верхню межу норми. При аналізі рівня резильєнтності виявлено, що у них високі його значення, немає оптимальної копінг-стратегії подолання стресу. Також виявлено, що ці студенти перебувають на амбулаторному лікуванні з приводу хронічних соматичних станів, знаходяться на підтримуючій медикаментозній терапії, а також їм призначена задача аналізу крові для визначення кортизолу у крові. У решти обстежених рівень резильєнтності корелював із рівнем кортизолу, але кортизол не виходив за межі норми.

Таким чином, дослідження кортизолу слини з одночасним визначенням рівня резильєнтності необхідне для вчасної профілактики соматичних проявів хвороби.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ КРЕМЕНЕЦЬКОЇ ГРОМАДИ

Мазур П.Є., Голуб Г.Р., Батюх О.В.

м.Кременець, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Психічне здоров'я населення в умовах війни є одним із пріоритетних напрямів державної політики. В рамках Всеукраїнської програми «Ти як?»

проведено дослідження з метою визначення рівня психологічної напруженості, емоційних станів та доступності послуг серед мешканців громади. Опитування здійснено у липні-серпні 2025 року, охоплено 257 респондентів (89,9% жінки, 10,1% чоловіки; 44,4% віком 36–60 років, 25,3% – до 18 років). Використано анонімну анкету з закритими та відкритими питаннями.

Рівень психологічної напруги протягом останніх 14 днів: 12,1% – не відчували, 51,8% – рідко чи іноді, 36,1% – часто або постійно. Гнів як провідну емоцію відзначили 14% респондентів, панічні стани – 7,4% регулярно, ще 30,3% – епізодично. Стійке відчуття зневіри та втрати сенсу майбутнього мали 22,3%. Найчастіші емоції: радість (68,9%), сум (58,0%), страх (36,2%), гнів (26,5%). До послуг психічного здоров'я віднесли: консультації психолога (61,1%), групи підтримки та творчі заняття (по 50,6%), спорт (33,9%), церковні заходи (31,1%). Фактично допомогу отримували лише 19,8%, переважно у форматі творчих занять, консультацій та груп підтримки; 63,6% залишилися задоволеними. Найчастіше за підтримкою звертаються до родини (63,4%) та друзів (50,6%), 25,7% – ні до кого. Лише 30,7% готові звертатися до фахівців, 48,6% не визначилися. Основні джерела інформації: знайомі психологи (50,2%) та офіційні сторінки влади (46,7%). Травматичний досвід мали 24% опитаних, серед них 56,5% втратили близьких, 9,7% пережили евакуацію.

Опитування засвідчило високий рівень психологічної напруги, значний незадоволений попит на послуги та наявність груп ризику з досвідом травматичних подій. Виявлено недостатню готовність населення звертатися по фахову допомогу. Рекомендовано розширення спектру послуг, розвиток психосоціальних практик, подолання стигми та міжсекторальну координацію в реалізації програми «Ти як?»

РІВЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Марушак М.І.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

МОЗ України, Тернопіль

Глобалізаційні процеси, інтенсифікація академічної діяльності, цифровізація освіти та, особливо, кризові явища останніх років, такі як пандемія COVID-19 та військова агресія значно впливають на психоемоційний стан науково-педагогічних працівників (НПП). Встановлено, що у 33,33 % науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти виявляється нормальний психологічний стан, у 27,08 % – легкий психологічний дистрес, у 15,63 % – помірний психологічний дистрес та у 23,96 % – сильний психологічний дистрес. Помірний психологічний дистрес найчастіше зустрічається у жінок (93,33%) молодого віку (медіана 39 років) з меншим досвідом роботи (медіана 12 років). Сильний психологічний дистрес частіше зустрічається у жінок (78,26%),

при цьому вік і стаж роботи в цій групі значно вищі, ніж у групі з помірним дистресом. Аналіз психологічного благополуччя НПП свідчить, що найбільш вираженими показниками є «особистісний ріст» і «самоприйняття». Встановлено, що при легкому рівні дистресу НПП діагностуються переважно особи з середнім рівнем прояву особистісного росту (42,86 %) та керування середовищем (53,57 %), нижче середнього рівня - самоприйняття (46,43 %) та автономії (46,43 %). При помірному дистресі НПП переважно з високими показниками автономії, життєвих цілей та позитивних стосунків, проте їхнє самоприйняття часто є низьким. При сильному дистресі у НПП нижче за інші показники у досліджуваній вибірці проявляються такі показники психологічного благополуччя як особистісний ріст (у 41,67 % опитаних високий рівень прояву) та керування середовищем (у 50,00 % опитаних). Це вказує на необхідність розробки цільових програм психологічної підтримки для НПП, спрямованих на збереження їхньої стійкості та відчуття контролю над власним життям.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Гільман А.Ю.

м. Острозьк, Національний університет «Острозька академія»

В умовах війни психічне здоров'я населення зазнає значних негативних змін, що є предметом численних наукових досліджень (О.Чабан, О.Кокун, Л.Карамушка, О.Зінченко, М.Гуц, О.Фільц, С.Романова, Н.Лук'янчук, Л.Мартінова, Б.Колк, Р.Ліфтон, О. Макфарлейн, С.Порджес, С. Огден та ін.). Це зумовлено впливом низки чинників, які призводять до розвитку різних психологічних проблем та розладів.

Психічне здоров'я українців в умовах війни вимагає підтримки та застосування ресурсів для збереження психічного стану. Проведення емпіричного дослідження на вибірці 115 осіб відображає стан психоемоційної нестійкості та проблем у психічному здоров'ї. Зокрема, низький рівень опірності стресу (20,3%) позитивно корелює із соматоформним розладом (41,5%): $r=0,55$, з депресією (19,4%): $r=0,65$ при $p=0,01$, з тривогою (14,4%): $r=0,60$, з розладами переїдання (9,8%): $r=0,45$, зі зловживанням алкоголем (15,7%): $r=0,50$. Інтенсивність соматичних симптомів позитивно корелює з реактивною тривожністю (56%): $r=0,70$ та особистісною тривожністю (44%): $r=0,65$. Виражені сильні негативні кореляційні зв'язки дистресу зі шкалою процвітання ($r=0,70$ та $r=0,65$): чим вище рівень дистресу та соматизації, тим нижче відчуття благополуччя. Помітні сильні позитивні кореляційні зв'язки зі шкалами: пригнічення ($r=0,65$ та $r=0,60$) та виснаження ($r=0,50$ та $r=0,45$), що вказує на те, що дистрес і соматизація є прямими симптомами пригніченого стану, а тривалі фізичні та психологічні навантаження призводять до виснаження.

Отже, війна спричинила хронічний дистрес, що призвів до психоемоційного виснаження та підвищення рівня тривоги серед населення, що, своєю чергою, знаходить прояв у численних випадках психосоматизації.

Важливо розвивати психічну стійкість, яка є важливим адаптивним механізмом у протистоянні психологічним викликам війни. Розуміння взаємозв'язку між цими явищами є ключовим для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації.

Література:

1. Гільман А. Ю. Психічне здоров'я населення в умовах війни: теорія, практичні аспекти психологічної допомоги. In: Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development vectors, perspectives. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2023. pp. 310-336. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-330-9-13>
2. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості в умовах війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с.
3. Панок В. Г. Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу в часи війни: питання теорії і методології. Вісник Національної академії педагогічних Наук України, 5(2), 2023. С. 1-9. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5218>
4. Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Київ, 13 жовтня 2023 р.). Київ: НУБІП України, 2023. 87 с.

**ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ЗАСАД КОНСТРУЮВАННЯ
ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ
РОЗЛАДОМ**

Кишук Л. А.

Київ, Національний університет оборони України

Новіков О. А.

Київ, Національний університет "Острозька академія"

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших форм психоемоційної дезадаптації серед військовослужбовців учасників бойових дій. Особливої актуальності це явище набуло у зв'язку з широкомасштабним вторгненням російської федерації проти України, яке розпочалося 24 лютого 2022 року, а також в умовах гібридної війни, яка поєднує не тільки бойові дії, а й масштабні інформаційні та психологічні операції, націлені на порушення психоемоційної стабільності цільової аудиторії (ЦА). Тривале перебування в умовах бойових дій, інформаційного тиску, втрат побратимів та невизначеності щодо майбутнього призводить до значного підвищення рівня психологічного навантаження на особовий склад Збройних Сил України. Крім традиційних бойових чинників, особливу загрозу для психічного здоров'я становлять інформаційні та психологічні операції, які є складовою сучасної гібридної війни. Вони націлені на порушення морально-

психологічного стану військовослужбовців шляхом маніпулятивного впливу на їхні когнітивні процеси, емоційні реакції та поведінкові моделі. У цих умовах виникає необхідність у клінічному лікуванні ПТСР та системному впровадженні комплексних програм саморегуляції, направлених на забезпечення психоемоційної стійкості у довгостроковій перспективі, враховуючи специфіку психологічного впливу, спрямованому на деморалізацію ЦА.

Важливо обґрунтувати методологічні та змістові засади створення тренінгових програм, які б відповідали викликам гібридної війни та враховували специфіку стратегічних комунікацій як чинника формування психологічної стійкості особового складу.

Конструювання програми базується на інтеграції трьох підходів:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – формує стратегії опрацювання травматичних спогадів, розвитку функціонального мислення та подолання унікальної поведінки, зокрема в контексті інформаційних та психологічних операцій.

2. Психологія резиліентності – сприяє відновленню адаптивного потенціалу за рахунок активізації внутрішніх ресурсів і когнітивної гнучкості.

3. Стратегічні комунікації – як цілеспрямований процес інформаційного впливу та протидії інформаційним та психологічним впливам з боку противника, включають навчання виявленню інформаційних загроз, розпізнаванню фреймінгових конструкцій та формуванню психологічного імунітету до маніпулятивних повідомлень.

Для реконфігурації сприйняття ураженої психіки та посилення психоемоційної регуляції також враховує концепцію “когнітивного перезавантаження”.

Крім того, методологічне підґрунтя дослідження включає якісно-індуктивний підхід, який базується на:

- аналізі емпіричних досліджень ефективності КПТ при ПТСР;
- експертному оцінюванні чинних протоколів психологічної реабілітації військовослужбовців;
- компаративному аналізі програм підготовки в країнах НАТО;
- моделюванні тренінгової програми за структурою: діагностика – навчальний модуль – тренувальний блок – рефлексія – оцінювання змін.

Структура програми відповідає стандартам НАТО щодо психосоціальної реабілітації військовослужбовців (зокрема STANAG 2565 та принципам MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support), з адаптацією до умов інформаційного тиску в умовах гібридної війни.

Запропоновано матричну модель контентної адаптації з урахуванням рівня ураження, військової спеціалізації та типу інформаційного навантаження. Розроблено програму, що складається з шести функціональних модулів:

психоедукація – ознайомлення з природою ПТСР, когнітивними викривленнями та механізмами їх нейтралізації;

емоційна саморегуляція – техніки дихання, релаксації, управління афектом.

когнітивна реструктуризація – зміна дисфункціональних переконань, навички критичного мислення;

психологічна протидія інформаційним загрозам – розбір кейсів стратегічних комунікацій, моделювання інформаційного впливу, розвиток емоційного і когнітивного імунітету;

ролева реінтеграція – сценарії соціальної адаптації, командна взаємодія, рефреймінг особистого досвіду;

оцінювання та підтримка – After Action Review (AAR), Quick Look Report, динамічне спостереження результатів.

Вагомим є інтегрування програми у підготовку майбутніх військових психологів у вищі військові навчальні заклади, що сприятиме формуванню системної спроможності до підтримки психічного здоров'я у Силах оборони України. Застосування стратегічних комунікацій як методологічного компонента у психологічній реабілітації є інноваційним підходом, що дозволяє не лише стабілізувати психічний стан, а й сформувати когнітивну та емоційну резистентність до інформаційного тиску. Тренінгова програма передбачає не лише індивідуальне, а й групове проходження, що сприяє відновленню міжособистісної взаємодії та соціальної довіри. Результати пілотного впровадження демонструють покращення в саморегуляції, зменшення рівня тривожності та підвищення бойової ефективності особового складу. Протягом 2022–2025 років в Україні активно створюються сучасні реабілітаційні центри для ветеранів та військовослужбовців, серед яких варто відзначити Національний центр реабілітації “Незламні” у місті Львів, Центр психічного здоров'я ветеранів “Лісова поляна”, Центр “Фенікс” у – Дніпрі, а також Міжрегіональний центр ветеранів у – Хмельницькому.

У ході пілотного впровадження окремих елементів програми у співпраці з Центром психологічної допомоги Міністерства оборони України та реабілітаційними підрозділами клінічного центру “Лісова поляна” було зафіксовано зниження рівня тривожності за шкалою HADS, покращення здатності до саморегуляції (за шкалою DERS) та зростання мотивації до повернення в підрозділ. У цих установах вже запроваджуються інтегровані програми реабілітації, які поєднують КПТ, групову роботу, фізичну реабілітацію, а також елементи стратегічних комунікацій.

Таким чином наукове обґрунтування методології конструювання програми саморегуляції військовослужбовців із ПТСР показує її ефективність як у клінічному, так і психологічному вимірі. Інтеграція елементів стратегічних комунікацій у психологічну підготовку дозволяє перейти від реактивного до проактивного формату формування психічної стійкості військовослужбовців. Розроблену програму рекомендовано до подальшого впровадження в систему підготовки Збройних Сил України та розгляду як основи для створення модульного навчального курсу у вищих військових навчальних закладах.

Актуальність програми підтверджується включенням її елементів до грантових ініціатив, зокрема у рамках Національної програми психічного здоров'я за підтримки Офісу Президента України та проекту "Ти як?" від Міністерства охорони здоров'я та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Також частина модулів адаптується до серії тренінгів, які впроваджуються в рамках міжурядового партнерства з країнами НАТО через трастові фонди.

МОЖЛИВОСТІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЩОДО ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ ПЕЧІНКИ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ

Овчаренко М.О., Пінський Л.Л.

м. Рівне, ДЗ «Луганський державний медичний університет»,

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

«Промптологія – це наука розуміння штучним інтелектом людських ідей»

М.О. Овчаренко

Нові можливості, щодо використання штучного інтелекту (ШІ) в морфологічних дослідженнях, можуть бути корисними при проведенні електронної мікроскопії печінкових біоптатів.

Ми оцінили результати аналізу чатом GPT-5 фотографічних зображень електронограм гепатоцитів хворих на опіоїдну залежність, які були зроблені раніш. Ми порівняли заключення морфологів щодо змін в тканині печінки із результатами аналізу, який надав ШІ. В більшості випадків інформація щодо оцінки стану органел клітин в обох висновках збігалася. Проте ШІ виявив додаткові зміни при описанні ядерних мембран, нуклеол з глибокою конденсацією хроматину в ядрі клітини, більш ретельно верифікував множинні зміни мітохондрій гепатоцитів, виявив виражені ділянки глікогену у вигляді дрібнозернистих електронно-світлих полів у цитоплазмі.

Крім того ШІ спробував інтерпретувати результати морфологічного дослідження у конкретного наркозалежного хворого: «Загальна ультраструктура гепатоцита відзначається дисбалансом між енергетичними та метаболічними процесами: поєднанням накопичення ліпідів, зниження запасів глікогену та морфологічними ознаками ураження мітохондрій. Такий комплекс змін відображає метаболічну перебудову печінкових клітин під впливом хронічної інтоксикації і може розглядатися як морфологічний субстрат для розвитку стеатозу та енергетичної недостатності печінки».

Також ШІ запропонував скласти порівняльну таблицю: ультраструктурних особливостей гепатоцитів обстеженого хворого та показників норми.

Безумовно, подальші дослідження дозволять з'ясувати валідність використання ШІ в аналізі електронограм біоптатів печінки, проте перші результати є обнадійливими.

СТРЕСИ ЦИФРОВОГО ЛАНДШАФТУ ТА ВРАЗЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ КРИЗЬ ПРИЗМУ АДИКТОЛОГІЇ

Кігічак-Борщевська А.В.

*Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького»*

• Кожне повідомлення чи вподобайка - це маленький стресовий стимул, який підлітки ще не завжди вміють регулювати

• *Chat GPT*

Високий рівень проникнення цифрових технологій веде до того, що переважна більшість людей є їх активними користувачами і представляють новий антропологічний тип – людину підключену і технологічно добудовувану. Віртуальний світ, як будь-яке відображення, є «перетвореною формою» соціальної реальності, яка її не тільки відзеркалює, а й спотворює, а також функціонує часто за своїми власними, «модифікованими» законами. Регулярне перемикання між двома світами, реальним та цифровим, їх поєднання створюють переживання змішаної реальності, як складної кіберфізичної системи (1).

Цілісне сприйняття цієї системи в єдиному часово-просторовому континуумі, в свою чергу, сприяє розвитку нової гібридної ідентичності. Конструювання цієї ідентичності через віртуальну самопрезентацію призводить до «множення» кількості самокатегоризацій та соціальних ролей, а також вимагає регулярної адаптації в умовах постійних трансформацій. Все вказане приводить до нових викликів щодо ментального здоров'я та потреб нового переосмислення його меж.

Якщо дорослі мають досвід успішного функціонування в реальному житті та не завжди успішні й тим паче ефективні у віртуальному середовищі та у взаємодії з цифровими технологіями, то підлітки, навпаки, компетентні в цифровому середовищі, але недосвідчені в реальному житті. Оскільки жодного місця, окрім дитячого, у системі стосунків з дорослими (з батьками, педагогами) підліток зайняти не може, він шукає нові форми самовизначення в тих спільнотах, де його рольова визначеність і статус ще не встановлені. Цифрове середовище являє собою широке поле можливостей такого роду. Для сучасних підлітків характерний пріоритет соціалізації саме в цифровому середовищі, насамперед через рольову і статусну невизначеність цього середовища.

Цифровий стрес - це термін, який описує суб'єктивну стресову реакцію на використання цифрових ресурсів, зокрема, таких як соціальні мережі. Майже постійний цифровий зв'язок з однолітками докорінно змінив те, як підлітки взаємодіють і підтримують стосунки, потенційно посилюючи або змінюючи соціальні вимоги, невизначеність та очікування. Стрес від соціальних мереж може відрізнятися від інших форм стресу через постійну доступність та посилення соціальних порівнянь, норм однолітків, та інших аспектів соціальної взаємодії.

Що стосується психічного благополуччя, було визначено кілька компонентів цифрового стресу, які потенційно можуть мати відношення до нього, зокрема, занепокоєння/стрес щодо доступності, тривога щодо схвалення, страх втрачених можливостей (FOMO, «Fear of missing out»), комунікативне перевантаження та онлайн-пильність (2). Підлітки, зокрема, цінують можливість бути привабливими та популярними серед однолітків, тому вказані компоненти цифрового стресу можуть спричиняти дефіцити їх ментального здоров'я.

Дослідження виявили, що відчутний стрес, хронічний стрес і негаразди підвищують вразливість до вживання психоактивних речовин (ПАР) та узалежнення від них. Вживання наркотиків серед підлітків може бути пов'язане з перебуванням у групах однолітків. Тинейджери, які вважають, що їхні друзі схвалюють вживання наркотиків, більш схильні експериментувати з наркотиками або вживати їх самі (3). Соціальні медіа можуть посилювати таке сприйняття, збільшуючи тиск та інші цифрові стресори.

Психологічний капітал - це своєрідний позитивний ресурс або здоровий внутрішній психологічний стан у процесі розвитку, прогресу та зростання особистості. Психологічний капітал складається з чотирьох факторів: надія, стійкість, оптимізм та самоефективність. Багато досліджень показали, що різні фактори психологічного капіталу тісно пов'язані зі зловживанням ПАР (4). Оскільки психологічний капітал плекається у сім'ї, якість її функціонування в значній мірі впливає на можливість розвитку адиктивної поведінки у підлітків.

Франсуаза Дольто, яка ставилася з теплотою і розумінням до ніжного, але вибухонебезпечного підліткового віку, писала про те, що про підлітків говорять багато, але з ними не говорять. Тому важливо слухати юних, чути їх та вчасно напрацьовувати стратегії допомоги. Уважність, чуйність та підтримка близьких - це вакцина проти надстресів та адиктивної поведінки підлітків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Немеш О.М. Віртуальна діяльність особистості: структура та динаміка психологічного змісту: Монографія / О.М.Немеш. Київ: Слово, 2017. – 391 с.
2. Andersen, A. I. O., Finserås, T. R., Hjetland, G. J., Sivertsen, B., & Skogen, J. C. (2023). Behind the screens: What underlies the experience of social media as a stressor among adolescents. *The European Journal of Public Health*, 33(Suppl 2), skad160–865.
3. Brobakke, S. K., Drageset, J., Andersen, A. I. O., & Skogen, J. C. (2025). Association Between Social Media as a Stressor and Illegal Drug Use Among Adolescents in Norway: Findings from the “LifeOnSoMe”-Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*, 30(3), 103–118
4. Farhat Jan, Nazia Iqbal, Bushra Hassan, and Rabia Mushtaq Family Functioning and Relapse Among Drug Addicts: Mediating Role of Psychological Capital. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 2023, Vol. 38, No. 4, 579-591

СОЦІОПСИХОЛОГІЯ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ НАЦІЇ*Сулятицький Іван, Осьодло Василь, Білобровка Ростислав**Львівський національний університет імені Івана Франка,**Київ, Академія наук вищої школи України,**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Колективна травма відбувається на основі глобальної події, унаслідок якої травмується велика кількість людей. Важливим, що колективна травма не обмежена у просторі події, що її викликає, не визначається кількістю травмованих, позаяк може уражати багатьох, хто безпосередньо не присутній у травмуючих подіях. Її особливості: розтягнутість у часі, коли вона начебто відривається від конкретної події; може проходити через декілька поколінь, зазвичай жертвами стають не окремі люди, а соціальні групи та суспільство у цілому, які вважаються об'єктами травматизації та суб'єктами травматичних переживань.

В Україні ця травма носить каскадний характер тому, що наявна серія катастроф, що ускладнюються, які можуть мати як історичний, так і паралельний характер і викликати сильніші емоційні реакції з кожним новим впливом. Ці травми є хронічними подіями з неоднозначною кінцевою точкою. Люди повинні боротися з інтенсивним прямим впливом подій, що йдуть каскадом (наприклад, особиста хвороба або втрата, зміна місця проживання, соціальна ізоляція, економічні втрати, насильницькі дії), що робить колективну травму складнішою для усвідомлення та професійного опрацювання [2]. Усе це в сукупності стало причиною переважання в українському менталітеті депресивних форм світовідчуття та постання інших психологічних проблем, які потребують свого осмислення та опрацювання.

Колективні травми, з якими суспільству не вдалося впоратися, делегуються нащадкам, які переживають їх як свої власні. Травма, що не була належним чином залікована, може довго даватися знаки, проте з часом вона втрачає гострі ознаки, трансформуючись в особливості національного характеру [1].

Суспільство виробило чимало засобів, що допомагають зцілитися від колективних травм. Серед них – ритуалізація травми, трансформація травматичного досвіду в історичні символи, міфи, епічні твори, де процес горювання підноситься до рівня естетичного переживання.

ОСОБЛИВОСТІ КІЛЬКІСНИХ МІКРОЕКОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕКОСИСТЕМИ «МАКРООРГАНІЗМ – КИШКОВИЙ МІКРОБІОМ» ЗА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19

Соколенко М.О., Сидорчук Л.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Вивчення впливу коронавірусної хвороби 2019 року (COVID-19) на кишковий мікробіом продовжує залишатися актуальним завданням сучасної медичної науки.

Мета роботи. Дослідити особливості мікроекологічних показників екосистеми «макроорганізм – кишковий мікробіом» у хворих з тяжким перебігом COVID-19.

Матеріали та методи. Мікробіологічне дослідження клінічного матеріалу (випорожнення) провели у 24 хворих на COVID-асоційовану позалікарняну пневмонію тяжкого перебігу. Серед учасників дослідження – 50 % (12) жінок та 50 % (12) чоловіків, їх середній вік становив – $52,58 \pm 7,30$. Для визначення ролі кожного таксону у мікробіомі товстої кишки хворих на COVID-19 за тяжкого перебігу досліджено кількісні показники екосистеми «організм хворого-кишковий мікробіом».

Результати. Коефіцієнт кількісного клінічного домінування *Escherichia coli* становив 155,25 у.о., коефіцієнт значущості – 0,20 у.о. При цьому у бактерій роду *Bifidobacterium* – коефіцієнт кількісного домінування нижчий провідного на 20,35 %, коефіцієнт значущості – на 17,65 %; бактерії роду *Lactobacillus* – на 83,34 % і на 81,82 % відповідно; *E.coli Lac⁻* у 20,20 раза та у 20,29 раза відповідно; дріжджоподібні гриби роду *Candida* відповідно – у 2,00 рази.

Висновки. Встановлено, що *Escherichia coli* за рівнем коефіцієнта кількісного домінування та коефіцієнта значущості займає домінуюче положення у кишковому мікробіомі хворих з тяжким перебігом COVID-19, при цьому кількісні мікроекологічні показники анаеробних бактерій роду *Bifidobacterium* та *Lactobacillus* значно знижені.

ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ

МОЖЛИВОСТІ МАШИННОГО НАВЧАННЯ /ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДІАГНОСТИЦІ ОПЕРАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПЛАСТИЧНИХ ТА РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ

Гуменний Р.М., Сидорчук Л.П.

Чернівці, Буковинський державний медичний університет

Важливе значення у реабілітації жінок посідає аугментація молочної залози (МЗ). Водночас, недостатня увага приділяється розвитку ускладнень після пластичних та реконструктивних операцій на МЗ.

Мета: проаналізувати можливості машинного навчання/штучного інтелекту (ML/AI) в прогнозуванні наслідків пластичних та реконструктивних операцій на МЗ.

Матеріал і методи. Когортне дослідження включало 56 жінок, яким виконали аугментацію МЗ, середній вік $34,48 \pm 5,38$ року. Для ML/AI аналізу використано набір даних 56 спостережень за 39 ознаками/варіантами. Аналізовані варіанти: вік, зріст, маса тіла, базові клінічно-лабораторні показники, супутня патологія; цільову категорійну змінну (оперативні наслідки) кодували як 0/1 – відсутність/наявність ускладнень. Для визначення найкращих моделей прогнозування виконали тестування 10 класифікаторів Scikit-learn.

Результати. У 3 жінок (5,36%) після мамопластики мали місце післяопераційні сероми. Найвищу точність прогнозу продемонстрував ExtraTreesClassifier (Accuracy: $0,975 \pm 0,02$) на основі дерева рішень із додатковою рандомізацією, продуктивність якого підтверджується кореляційним аналізом, де змінні АЛТ, АСТ, лімфоцити, група крові показали помірний вірогідний зв'язок із появою ускладнень. Random Forest Classifier і Hist Gradient Boosting Classifier також показали високу точність (0,96). Моделям із меншим стандартним відхиленням: Logistic RegressionCV ($0,935 \pm 0,02$), Linear Discriminant Analysis ($0,929 \pm 0,03$) можна надати перевагу для опрацювання обмеженого набору даних. Усі топ-10 моделей показали ідеальне значення AUC-ROC (1.0).

Висновки. ML/AI аналіз можна використовувати в патернах розпізнавання/прогнозування ускладнень пластичних та реконструктивних операцій на МЗ.

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

Полянський І.Ю.¹, Москалюк В.В.², Мельник І.М.¹, Мороз П.В.¹, Андрієць В.В.¹, Полянська О.С.¹, Москалюк І.І.², Гулага О.І.²

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна (¹)

Institute of Medical Studies, University of Opole, Poland (²)

Принципи персоналізованої медицини, які полягають у виборі методів лікування з врахуванням індивідуальні особливостей перебігу захворювання, є новим напрямком сучасної медицини. Основою їх є дослідження варіантів структури генів, які регулюють фізіологічні та патологічні процеси, що визначають індивідуальні особливості виникнення, розвитку та перебігу захворювання. Такі обстеження виконуються до початку лікування і дозволяють прогнозувати особливості виникнення та розвитку захворювання, ризик появи ускладнень. За результатами дослідження вибирається персоналізована лікувальна тактика, яка передбачає використання таких методів операційного

втручання та медикаментозного лікування, які направлені на корекцію несприятливих чинників патогенезу захворювання, попередження ускладнень. Це дає змогу значно покращити результати лікування.

Нами використано ці принципи при деяких хірургічних захворюваннях.

Дослідження варіантів гену інтерлейкіну -1 β при гострому перитоніті дали можливість виявити несприятливі варіанти носійства, при яких із високою ймовірністю можна прогнозувати неспинне прогресування запального процесу по очеревинній порожнині, зумовлене гіперпродукцією цього прозапального цитокіну. У таких пацієнтів ми кардинально змінюємо лікувальну тактику: розширюємо обсяг операційного втручання, застосовуємо принцип «damage control surgery», змінюємо трюктуру та методики післяопераційного лікування. У більшості випадків такий підхід дозволяє перервати прогресування запального процесу, знизити частоту ускладнень, зменшити летальність.

Для попередження виникнення післяопераційного парезу кишечника у плановій та ургентній хірургії ми проводим дослідження гену SERT, який регулює активність серотоніну. Виявлені несприятливі його варіанти, при яких у пацієнта існує висока ймовірність виникнення цього ускладнення, зумовленого низькою активністю серотоніну. У таких пацієнтів ми змінюємо лікувальну тактику – розширяємо показання до виведення стом, використовуємо розроблені методи інтубації кишечника, додатково закріплюємо лінії швів та анастомозів. Такий підхід дозволив значно знизити частоту виникнення цього ускладнення.

Дослідження генів, що регулюють активність матриксних металопротеїназ (ген ММП-1) дозволили виявити ті його варіанти, при яких з високою ймовірністю прогнозується, що загоєння рани буде ускладнюватись гнійно-деструктивними процесами. Для таких пацієнтів ми розробили персоналізований комплекс медикаментозного лікування, направлено на корекцію патологічних процесів, а також використовуємо сорбційні методики та низькоінтенсивне лазерне опромінення рани.

Таким чином, застосування принципів персоналізованої медицини дозволяють прогнозувати у конкретного пацієнта характер перебігу захворювання, застосувати превентивні методи лікування, які дадуть змогу попередити або зменшити прояви ускладнень, покращити результати лікування.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІНФІКОВАНИМИ ТА ГНІЙНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

Хіміч С.Д., Малшевський І.О., Хіміч О.С., Рауцкіс В.П., Кривонос М.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця

Метою дослідження – є удосконалення методів лікування інфікованих та гнійних ран. Раніше нами було відзначено, що Іруксан дозволяє очистити рану через 4,1 \pm 1,7 дні, (при 5,9 \pm 1,9 днів у групі спостереження ($p=0.00012$)) та сприяє більш ранній епітелізації ран (7,8 \pm 2,1 днів, проти 8,4 \pm 1,3 ($p=0.0187$)). Однак лікування таких ран у пацієнтів з ослабленим імунітетом (ожиріння,

онкопатологія, цукровий діабет) потребує нових підходів.

Наші експериментальні дослідження на 60 білих щурах про те, що для лікування ран доцільно використовувати імуномодулятор з декаметоксином показали, що імуномодулятор Бластомуніл стимулював більш швидше очищення рани, проявляв протизапальний ефект та прискорював репаративний процес. Причому кращі результати виявляються при одночасному використанні Бластомуніла з декаметоксином. Лікування ран з місцевим застосуванням бластомунілу у 2,75 раз пришвидшує загоєння рани у порівнянні з контрольною групою. Використання комбінації 0,02% декаметоксину з бластомунілом дозволило використати позитивний імуномодулюючий ефект бластомунілу та протимікробні властивості декаметоксину, що в цілому дало найкращий результат завдяки швидкому очищенню рани, яка почала очищатись вже з 3-го дня і повністю була очищена на 7-й день. Під час лікування спостерігалось «лімфоцитарне та макрофагальне насичення» регенеративних тканин.

Такі дані нам дали можливість розробити новий алгоритмічний підхід до лікування у пацієнтів з гнійно-некротичними процесами, що мають «іmunний дефіцит», що включає наступні послідовні кроки: 1-й день - механічне розкриття гнійника та евакуація вмісту, введення бластомунілу; 2-3 й день перев'язки з декаметоксином і бластомунілом; 3-7й день перев'язки з Іруксаном. Такий підхід показав позитивні результати в комплексному лікуванні.

ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

ВПЛИВ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО КОМПЛЕКСНОГО ВІЗИТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Ковальчук Д.О., Мазур Л.П., Сверстюк А.С.

*Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

Питання ефективності профілактики ускладнень при порушеннях опорно-рухового апарату різного генезу набувають все більшого значення і охоплюють різні верстви населення незалежно від віку та роду діяльності. Наслідки лише традиційного консервативного лікування, як правило, тимчасові та недостатньо сприяють покращенню якості життя та профілактиці ускладнень при порушеннях опорно-рухового апарату.

Метою дослідження є оцінка ефективності результатів, що були досягнуті в ході застосування реабілітаційних заходів на основі п'яти етапів сестринського процесу, зокрема масажу, лікувальної фізкультури та інших, в рамках курсу комплексних візитів (КВ) та їхній вплив на показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату.

Обстежено 30 пацієнтів із симптомами порушення опорно-рухового апарату віком від 25 до 75 років. Здійснено віковий поділ пацієнтів згідно

стандартів ВООЗ на три групи. До групи 1 увійшли 10 осіб віком 25 – 44 років, до групи 2 – 10 осіб віком 45-59 років і до групи 3 – 10 учасників віком 60-75 років відповідно. Пацієнти заповнювали опитувальник ЯЖ SF-36 перед початком і після завершення курсу процедур КВ.

Встановлено суттєву відмінність компонент опитувальника SF-36 до і після курсу КВ в усіх групах. В результаті курсу КВ спостерігалися покращення основних показників компонент якості життя (PF – фізичне функціонування, RP – рольове функціонування, RE – рольове функціонування зумовлене емоційним станом, VT – життєва активність, MH – психічне здоров'я, SF – соціальне функціонування, BP – інтенсивність болю, GH – загальний стан здоров'я) порівняно з вихідним рівнем.

У пацієнтів досліджуваних вікових груп після курсу КВ встановлено нормалізацію та покращення більшості показників якості життя, що підтверджує значний терапевтичний вплив КВ на стан пацієнтів у цілому.

ОНКОЛОГІЯ; ГЕМАТОЛОГІЯ

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЙ

Габор Г.Г.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль*

Анемії залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 1,6 млрд людей у світі страждають на різні форми анемій, що зумовлює зростання ризику інвалідизації та зниження якості життя. Своєчасна діагностика має вирішальне значення для проведення раціональної терапії та профілактики ускладнень.

Сучасні лабораторні підходи включають багаторівневу діагностику. На першому етапі використовують клінічний аналіз крові з оцінкою еритроцитарних індексів (MCV, MCH, MCHC, RDW), що дозволяє орієнтовно визначити морфологічний тип анемії. Біохімічні дослідження (рівень феритину, сироваткового заліза, трансферину, насичення трансферину, розчинних рецепторів трансферину) є ключовими для диференціальної діагностики залізодефіцитної та анемії хронічних захворювань. Вивчення метаболізму кобаламіну та фолатів дозволяє виявити мегалобластні анемії.

Значне місце займають сучасні методи: імуноферментний аналіз, молекулярно-генетична діагностика спадкових форм анемій, а також автоматизовані гематологічні аналізатори нового покоління, що забезпечують високу точність і стандартизацію результатів.

Таким чином, інтеграція морфологічних, біохімічних, імунологічних та молекулярних методів формує сучасний стандарт діагностики анемій. Це створює підґрунтя для персоналізованого підходу в лікуванні та відповідає світовим тенденціям доказової медицини.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ БЕТА 1 У ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЛІМФОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ У ДОРΟΣЛИХ

*Барілка В. А., Шалай О. О., Матлан В. Л. *, Примак С. В., Костик Х.Я., Міляшкевич С. П., Новак В. Л.*

Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Перебіг гострої лімфобластної лейкемії (ГЛЛ) супроводжується порушеною секрецією трансформуючого фактора росту бета 1 (TGFβ1). Основним депо цитокіну виступають тромбоцити, які містять понад 40% TGFβ1 в організмі. TGFβ1 – потужний імунний супресор, агрегант тромбоцитів, інгібітор росту мієлоїдного паростка гемопоєзу, але не лімфоїдного ряду, що має важливе значення для дослідження TGFβ1 у перебігу ГЛЛ. Тромбоцити здатні виділяти фактор у середовище у відповідь до TGFβ1, звільненого з бластів, утворюючи конгломерати, що ускладнює перебіг ГЛЛ. Поряд з цим, прогностичне значення TGFβ1 у перебігу ГЛЛ вивчене недостатньо. З цією метою визначена концентрація TGFβ1 у плазмі та живильних середовищах (ЖС) бластів периферичної крові 22 пацієнтів з ГЛЛ, біологічним методом. Отримані результати порівняли з результатами 15 здорових осіб. Серед пацієнтів було 16 осіб з тромбоцитопенією (медіана віку 43,5 років), та 6 осіб без тромбоцитопенії (медіана віку 39 років). У ЖС бластів рівень цитокіну був у межах норми. Вміст TGFβ1 у плазмі крові пацієнтів з тромбоцитопенією був вищим, ніж у порівнюваній групі пацієнтів, але рівень фактора у плазмі крові обидвох груп хворих достовірно перевищував показники у контролі ($p < 0.05$). У пацієнтів з тромбоцитопенією медіана виживання від початку терапії становила 73 доби. У цій групі пацієнтів концентрація TGFβ1 у плазмі крові та ЖС бластів взаємообернено корелювала з кількістю бластів та лімфоцитів у крові ($r = - 0,51$ та $r = - 0,52$, відповідно), ніж у пацієнтів без тромбоцитопенії, в яких медіана виживання становила 388 днів і перебувала у прямому кореляційному зв'язку з концентрацією TGFβ1 у плазмі пацієнтів ($r = 0,52$); $p < 0.05$. Отримані результати вказали на TGFβ1 як важливий прогностичний чинник перебігу ГЛЛ, а також на необхідність визначення концентрації TGFβ1 у крові пацієнтів з ГЛЛ для можливої корекції терапії.

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ ERAS ТА NON-INTUBATED АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ

Ткаліч В.В., Саволук С.І., Борисова В.І., Неділя Ю.В., Галієв О.В., Проценко О.М., Ткаліч В.О.

Рекомендації ERAS (прискорене відновлення після хірургічного лікування) в торакальній хірургії були опубліковані в 2019 році [1]. До цього часу велика кількість інформації була зібрана та імплементована в різні розділи торакальної хірургії. Роботи Cerfolio RJ в розділі fast-track резекцій легень були революційними та додали доказовості в аспекти ведення торакальних дренажів [2]. Kehlet Н як засновник концепції ERAS зробив це методом мислення, доказовим інструментом та наданням найкращої медичної допомоги пацієнтам [3]. Шлях ERAS розділяється на 3 етапи: передопераційний, інтраопераційний, післяопераційний. Кожен з етапів має свої особливості та цілі [4,5].

Матеріали та методи: За період 2017-2023 роки 150 пацієнтів відповідали критеріям включення. Серед них 112 чоловіків, 38 жінок. Середній вік $39,64 \pm 12,27$ роки. Показами до хірургічного лікування були: 1й епізод спонтанного пневмотораксу 106, рецидив пневмотораксу 44. Усі пацієнти були прооперовані мініінвазивно та з non-intubated анестезіологічним забезпеченням NIVATS (non-intubated Video Assisted Thoracic Surgery). В дослідженні було імплементовано рекомендації ERAS в периопераційному періоді.

Результати: Премедикація елімінована повністю та не виконувалась жодному пацієнту. Пацієнти обігрівались протягом усього периопераційного періоду. Торакальна епідуральна анестезія застосована у 148 пацієнтів. Інтраопераційний контроль: біспектральний індекс та капнографія. Профілактика післяопераційної нудоти та блювання усім пацієнтам. Активізація пацієнтів через 2 години після хірургічного втручання. Біль в післяопераційному періоді $1,8 \pm 0,6$ за візуальною аналоговою шкалою болю. Досягнення критеріїв виписки на $3,6 \pm 0,79$ день. Тривалість перебування в стаціонарі $6,52 \pm 0,85$ дні.

Висновки: Імплементация концепцій ERAS та NIVATS у лікування пацієнтів із спонтанним пневмотораксом є доказовими, безпечними та ефективними аспектами, які сприяють зменшенню термінів перебування пацієнтів у стаціонарі, зменшенню витрачених коштів на лікування та сприяють задоволеності пацієнта його хірургічним лікуванням.

Список використаної літератури:

1. Batchelor, T. J. P., Rasburn, N. J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R. J., Gonzalez, M., Ljungqvist, O., Petersen, R. H., Popescu, W. M., Slinger, P. D., & Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 55(1), 91–115. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301>

2. Cerfolio, R. J., Pickens, A., Bass, C., & Katholi, C. (2001). Fast-tracking pulmonary resections. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 122(2), 318–324. <https://doi.org/10.1067/mtc.2001.114352>
3. Lobo, D. N., Joshi, G. P., & Kehlet, H. (2024). Challenges in Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) research. *British journal of anaesthesia*, 133(4), 717–721. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.06.031>
4. Liu, Y., Zhang, T., Gao, T., Li, G., & Xu, G. (2025). Trends in enhanced recovery after surgery (ERAS) in thoracic surgery from a bibliometric insight. *Hereditas*, 162(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s41065-025-00501-9>
5. Dong, J., Lei, Y., Wan, Y., Dong, P., Wang, Y., Liu, K., & Zhang, X. (2024). Enhanced recovery after surgery from 1997 to 2022: a bibliometric and visual analysis. *Updates in surgery*, 76(4), 1131–1150. <https://doi.org/10.1007/s13304-024-01764-z>

**CYTOLOGICAL DETERMINANTS IN EMERGING
BIOCRYOIMMUNOLOGY:
FROM CRYO-CANCER CELL DISSIPATION TO BIO-CRYO-VACCINE
DEVELOPMENT**

Mykola M. Korpan, MD, PhD

¹*International Institute of Cryosurgery, Rudolfinerhaus Clinic, Vienna, Austria*

²*Department of General Surgery №1, Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

Abstract

The immune system plays a central role not only in pathogen defense but also in tumor surveillance and immunotherapy. With global population aging, immunological strategies—particularly vaccines—are becoming increasingly important for improving quality of life and combating age-related diseases, especially cancer. Imaging cytometry (IC) has emerged as a powerful tool for investigating signaling pathways in immunophenotypically defined subpopulations of cryopreserved immune cells. In this study, tumor cell groups were characterized by markedly anaplastic, transformed glandular cells with giant nuclei and multinucleated elements. IC enabled quantitative image analysis of cryo-particles as markers of immune activity. The method was applied to assess transcription factor activity in clinical samples under drug-induced stimulation or inhibition.

A human malignant cell model was established in vitro. Spherical clusters of breast cancer cells were documented prior to ultralow temperature exposure using Pappenheim cytological staining. Extracorporeal, aseptic, rapid freezing was performed at $-180\text{ }^{\circ}\text{C}$ for three minutes, followed by delayed thawing. The freeze–thaw cycle resulted in complete cryo-cancer cell dissipation (CCCD), accompanied by the formation of novel cryo-cancer cell fragments, identified as bio-cryo-cancer antigens (BCAAG).

The generation of such bio-cryo-immune substances introduces a new concept in biomedical science. These entities may define an emerging field of bio-cryo-immunology and bio-cryo-anticancer immunology, including the development of bio-cryo-immune antigens and antibodies—laying the foundation for innovations in bio-cryo-pharmacology and the bio-cryo-pharmaceutical industry.

Production of bio-cryo-vaccines and bio-cryo-anticancer vaccines through controlled cooling could represent a significant advance in immunological interventions. When combined with bio-cryo-immunology, anticancer treatments may achieve enhanced synergy and efficacy. Importantly, no adverse effects have been observed to date.

Bio-cryo-immunology thus emerges as a novel interdisciplinary field at the interface of cytology, cryobiology, and clinical medicine.

Reference

Korpan NN. BioCryoImmunology: Impact of Cytology. Cryobiology. 2020;92:276. doi:10.1016/j.cryobiol.2019.11.021.

РЕЗУЛЬТАТИ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ ЛІМФОМІ З КЛІТИН МАНТІЇ

Євстахевич Ю.Л., Євстахевич І.Й., Семерак М.М.

*ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»,
м Львів, Україна*

Мета дослідження. Представити безпосередні та віддалені результати спленектомії у хворих на лімфому з клітин мантиї (MCL).

Матеріали і методи. У відділенні загальної та гематологічної хірургії ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» було виконано спленектомію у 9 хворих віком від 39 до 60 років (медіана 46 років). Серед них було 8 осіб чоловічої статі та 1 жінка. Для діагностики MCL проводили вивчення морфології, імунофенотипу та цитогенетичні дослідження лімфоїдних клітин периферичної крові та кісткового мозку. Кінцева діагностика базувалася на гістології та імуногістохімії видаленої селезінки. Спленектомію здійснювали під загальним інтубаційним наркозом та спінальною анестезією з верхньої серединної лапаротомії. Для попередження постспленектомічної інфекції всі хворі за два тижні перед операцією були імунізовані вакцинами проти капсульних бактерій. Безпосередні результати спленектомії оцінювали на 14-16 день (до 30 днів) після операції. Показниками віддалених результатів спленектомії при MCL були загальне виживання (overall survival; OS) і безподійне виживання (event-free survival; EFS), подією вважали прогресування хвороби, необхідність цитостатичного лікування або смерть хворого від лімфоми.

Результати. В результаті спленектомії у всіх хворих на MCL видалено велику масу пухлини, зник абдомінальний дискомфорт, припинився гемоліз, ліквідовано регіональну портальну гіпертензію, анемію, нормалізувалось число тромбоцитів, встановлено остаточний діагноз. При аналізі віддалених

результатів спленектомії у хворих на MCL встановлено, що медіана загального виживання (OS) складала 49 міс. (4-229 міс.), а безподійного виживання (EFS) дорівнювала 27 міс. (4-140 міс.).

Висновки. Спленектомія при MCL має діагностичні та лікувальні показання. Гістологічне та імуногістохімічне дослідження селезінки є найбільш надійним способом діагностики та диференціальної діагностики MCL. В результаті операції ліквідується абдомінальний дискомфорт, цитопенії, імунний гемоліз. Наявність супутніх імунних цитопеній є фактором додаткового ризику. Віддалені результати спленектомії при MCL сприятливі: подовжується тривалість ремісії, підвищується чутливість до цитостатичної терапії, зростає загальне виживання хворих.

Ключові слова: лімфома з клітин мантиї, спленомегалія, спленектомія.

СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ

ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ЛОКАЛІЗОВАНОГО МАРГІНАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” ТА “АТОКСИЛ”

Синиця В.В., Довганик В.В., Демчина Г.Р.

*Україна, м. Львів, ДНП “Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького”*

Серед способів лікування загострення хронічного локалізованого маргінального періодонтиту часто обирається пасивний, коли після проведеного кюретажу та промивання пародонтальної кишені антисептиком призначають полокання гіпертонічним розчином з метою дренажу ексудату з пародонтальної кишені. Проте даний спосіб має суттєві недоліки, головним з яких є збереження інфікування пародонтальної кишені мікрофлорою з ротової порожнини та виникнення стану суперінфекції.

Для ефективного лікування стану загострення хронічного локалізованого маргінального періодонтиту було обрано спосіб лікування інфікованих ран із використанням препарату “Бетадин”. До складу вказаного препарату входить повідон-йод, який має виражену антимікробну дію. Перед застосуванням “Бетадин” змішували з кремнієвим сорбентом “Атоксил”, для забезпечення пролонгованої дії антисептика та сорбції ексудату у пародонтальній кишені.

Після кюретажу пародонтальної кишені, препарат вводили з шприца через канюлю у пародонтальну кишеню кілька разів і нарешті залишали під пародонтальною пов'язкою на 1 добу. Після зникнення, або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу таку лікувальну маніпуляцію проводили повторно 2-3 рази.

Вищенаведений метод лікування було застосовано під час лікування 23 хворих на хронічний локалізований маргінальний періодонт у стадії загострення. У 16 хворих (69,6 %) через 1-2 доби відзначилось повне зникнення симптомів

загострення, 7 пацієнтів (30,4 %) відзначили суттєве зменшення болю, набряку та відновлення функції зуба, а повне зникнення симптомів загострення відбулось через 3 доби. У 15 пацієнтів, яких лікували за традиційною схемою симптоми загострення тривали 5-7 діб.

Таким чином запропонований метод дозволяє швидко усунути стан загострення, запобігаючи при цьому подальшому інфікуванню пародонтальної кишені, та спричинення стану суперінфекції.

DEVELOPMENT AND STUDY OF THE PROPERTIES OF PERIODONTAL GEL COMPOSITION BASED ON FLAVONOIDS AND BENZIDAMINE HYDROCHLORIDE

Hodovanyi O.V., Martovlos O.I.

Lviv, State Non-profit Enterprise «Danylo Halytskyi Lviv National Medical University»

Aseptic inflammation in the periodontium is a source of reactive oxygen forms in the oral cavity and is closely related to oxidative stress (OS). In the active period of orthodontic treatment, OS provokes the release of inflammatory mediators after mechanical impact on the teeth and causes a cascade of reactions leading to bone remodeling of the alveolar processes of the jaws and tooth movement. Antioxidants and non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of periodontal pathology are effective in conditions of OS and hypoxia caused by inflammation and stress-modulating effects of fixed orthodontic appliances, inhibit peroxides and intermediate products of lipid free radical oxidation, have anti-inflammatory, analgesic and anti-edematous effects, and accelerate reparative processes.

In order to prepare patients with dentoalveolar anomalies against the background of generalized periodontitis for active orthodontic treatment and reduce OS, we have developed and patented a periodontal gel composition (PGC) based on a flavonoid complex and benzidamine hydrochloride. The acute toxicity, skin-resorptive and irritant effects of PGC, as well as its irritant effect on the chorioalantoic membrane of chicken embryos were experimentally evaluated. The sensitizing properties, cumulative activity, processes of lipid peroxidation intensity and antioxidant system in the blood of experimental animals were studied. Microbiological methods for assessing antibacterial activity were used, and biotolerance, cytocompatibility, genotoxicity, pro/antioxidant activity of the components of the PGC were studied in cultivated human and mammalian cells

РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ

Лучинський В.М., Лучинський М.А., Лучинська Ю.І.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль

Нами проведений резонансно-частотний аналіз мікрорухомоті імплантів безпосередньо після їх встановлення та через 3 і 6 місяців після імплантації у осіб

з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини (контрольна група), у пацієнтів з остеопенією, які не отримували остеотропну терапію (порівняльна група) та хворих яким була призначено лікування остеопенії, доповнена біорегенераційною композицією для кращої стабілізації імплантів (основна група).

У результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих 18-44 роки безпосередньо після встановлення імплантів максимальні значення коефіцієнту стабільності імпланту спостерігались у осіб контрольної групи ($66,90 \pm 5,52$ %) при найменших даних параметру у пацієнтів порівняльної групи – $56,10 \pm 2,75$ %, $p > 0,05$.

Через 3 місяці після проведення дентальної імплантації значення даного параметру дещо знижувались. При цьому, значення коефіцієнту стабільності імпланту у пацієнтів контрольної і основної груп вірогідно не відрізнялись між собою ($64,78 \pm 5,38$ % та $64,25 \pm 3,25$ %, відповідно, $p > 0,05$). Однак у осіб порівняльної групи значення коефіцієнту було на 23,39 % нижче середнього значення у пацієнтів основної і контрольних груп, $p < 0,05$.

Через 6 місяців після проведення дентальної імплантації значення коефіцієнту стабільності імпланту збільшувалось до $69,92 \pm 5,59$ % у контрольній групі та до $65,36 \pm 5,32$ % у основній групі, $p > 0,05$. При цьому, у хворих порівняльної групи значення даного параметру залишалось на 25,53 % та на 20,12 % нижче, ніж у осіб контрольної та основної групи, відповідно, $p < 0,05$.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Шило М.М.

м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Загальносоматичні захворювання у 85 % випадків є супутніми та активізують патологічний процес у пародонті, тому актуальним є завдання вдосконалення відомих і розроблення нових методів місцевого лікування.

Мета роботи - порівняльна оцінка ефективності лікування запальних захворювань пародонта за загальноприйнятою методикою та розробленим комплексом лікувальних заходів у хворих на туберкульоз дітей.

Матеріал та методи дослідження. Проведено лікування захворювань пародонта у 73 хворих на туберкульоз дітей з катаральним гінгівітом та локалізованим пародонтитом, які були розділені на дві групи: основну, яких лікували за розробленою схемою та контрольну – за загальноприйнятою методикою. Ефективність лікування оцінювали за індексами РМА, Федорова-Володкіною, пробою Шиллера-Писарева.

Наукова новизна. Встановлено, що у дітей основної групи клінічну ремісію спостерігали в середньому на 5-у, а у контрольній – на 8-у добу. На 7-у добу лікування катарального гінгівіту у основній та контрольній групах визначалося зниження індексу РМА, а на 12-у добу у основній групі індекс РМА

значно зменшився порівняно з контрольною. Після проведеного лікування визначали у більшості дітей основної групи негативну пробу Шиллера-Писарева, і лише у контрольній групі вона була позитивна у 9 дітей.

Висновки. Проведене клінічне обстеження у обох групах підтвердило скорочення терміну лікування за запропонованою схемою хронічного катарального гінгівіту на 2,5 доби порівняно з дітьми, які лікувалися за загальноприйнятою методикою, при якій термін лікування скоротився лише на 1,8 доби.

СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ АРМУВАЛЬНОГО ВОЛОКОННО-КОМПОЗИТНОГО КАРКАСА ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ АДГЕЗИВНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Підлісний Р.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м.Львів*

Одним з сучасних способів малоінвазивного та естетичного ортопедичного лікування невеликих включених дефектів зубних рядів є використання адгезивних мостоподібних протезів з волоконно-композитним каркасом, облицьованим традиційним композитним матеріалом світлового твердіння. Для виготовлення волоконно-армованого композитного каркасу існує декілька базових методик (мануальне формування, використання спеціальних пристроїв (VS1 компанії Ivoclar) тощо), які, окрім низки переваг, мають і численні недоліки (потреба у використанні спеціального адаптаційного обладнання, яке, на відміну від минулих років, вже не випускається і ін.), що зумовлює створення вдосконалених методик, які враховують поточні реалії щодо наявних на ринку матеріалів та пристроїв. Саме тому метою цього дослідження була розробка вдосконаленої методики створення волоконно-композитного каркаса при виготовленні адгезивного мостоподібного протеза на основі відомих технологій (Targis/Vectris компанії Ivoclar та Fibrex-Lab компанії Angelus) з використанням індивідуального адаптаційного шаблону з прозорого А-силікону. Розпрацьована удосконалена автором методика на основі 12 різних нерозбірних робочих моделей пацієнтів передбачає спочатку створення повноанатомічної воскової форми майбутнього протеза з подальшою її редуцією на товщину облицьовального композиту (1-1,5мм), за винятком приясенної ділянки проміжної частини. Після цього на воскову модель каркаса акуратно наносять прозорий силікон, витискаючи його з носика статичної зміщувальної насадки шаром товщиною 5-7 мм з оральної, оклюзійної та вестибулярної сторін. Після затвердіння прозорого силікону медичним скальпелем обережно вирізають оклюзійну частину цього адаптаційного шаблону по верхньому краю каркасу, після чого утворюються дві частини: основна (яка розташовується згодом на підготовленій робочій моделі з видаленою восковою моделлю каркаса та нанесеним ізолятором «гіпс-

композит») та допоміжна (оклюзійна), яку притискають до основної після нанесення на приясенну ділянку проміжної частини тонкого шару облицювального композиту та його фотополімеризації через прозорий шаблон і розташування у заглибину основної частини шаблону пучків довгих скловолокон, які притискають оклюзійною частиною шаблону (витискаючи надлишок міжволоконного мономера та ущільнюючи пучки цих скловолокон, які після цього ретельно фотополімеризують з різних сторін). Після зняття зі сформованого каркаса спочатку оклюзійної, а опісля і основної частини адаптаційного шаблону обережно зрізають скальпелем виступи полімеризованої смоли, що утворилися по стику основної та допоміжної частин шаблону, та завершують виготовлення протеза шляхом нанесення на поверхню волоконно-армованого каркасу облицювального композита, зняттям протезу з моделі та його фінішною механічною обробкою. Даний спосіб виготовлення адгезивних протезів апробований автором у 10 пацієнтів з термінами спостереження 6-12 місяців без ускладнень, спричинених відшаруванням облицювального композита чи зламом каркасу, що дає підстави рекомендувати цей метод для ширшого впровадження у клінічну практику з тривалим спостереженням.

ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ

ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ ЦНС СТАРИХ ТВАРИН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕСІ

Пантелеймонова Т. М., Лабунець І. Ф., Сикало Н. В.

*Київ, Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
Національної академії медичних наук України»*

Мета роботи – вивчити вплив хронічного стресу на нервову діяльність старих тварин та оцінити ефективність корекції постстресорних змін за допомогою комбінованих засобів.

Досліди виконані на молодих (7 міс) і старих (26 міс) щурах та старіючих мишах C57BL/6 (13 міс). Хронічний стрес викликали дією стресогенних подразників (емоційно-больового, холодового, іммобілізаційного, ситуаційних) протягом 6-ти тижнів у мишей або 8-ми тижнів у щурів. Для корекції постстресорних порушень застосовували фармакологічні комбінації – молсидоміну з АТФ-лонг та мельдонію з аргініном та інозином («меларгінін»).

Встановлено, що при стресі у старих тварин порівняно з молодими меншою мірою змінюється емоційний компонент поведінки (тривожність) і більшою мірою негативні зміни стосуються когнітивної та комунікативної функцій. Застосування молсидоміну з АТФ-лонг у щурів (сублінгвально, молсидоміну – 2 мг/кг, АТФ-лонг – 10 мг/кг на тлі стресу) зменшувало депресію, сприяло збереженню когнітивної функції, нормалізувало зоосоціальну поведінку, підвищувало фізичну витривалість, а також запобігало зниженню маси та клітинності тимусу і селезінки, зменшувало вміст малонового

діальдегіду в мозку. «Меларгінін» (перорально, мельдонію – 100 мг/кг, аргініну – 200 мг/кг, інозину – 200 мг/кг) на тлі стресу у мишей сприяв формуванню адекватної поведінкової реакції на стрес, знижував емоційне напруження, запобігав інволюції тимусу і селезінки. Отже, вік знижує стресостійкість організму і є серйозним патогенетичним фактором розвитку психоневрологічних порушень. Для усунення негативних наслідків хронічного стресу можуть застосовуватись комбіновані засоби, що містять цитопротектори.

КУРОРТОЛОГІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗІОТЕРАПІЯ

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДАНИХ ЩОДО НАДАННЯ БЕЗОПЛАТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ПАКЕТОМ “РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ У АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ” У 2024 РОЦІ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА В УКРАЇНІ.

Глушак А.М., Криницька І.Я.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна*

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 15 % населення світу живе з тією чи іншою формою інвалідності. Це включає фізичні, когнітивні та емоційні порушення, які можуть суттєво впливати на повсякденне життя людини та її здатність самостійно функціонувати. Реабілітаційна допомога відіграє критичну роль у максимальному збільшенні функціональних можливостей людини, покращує якість життя та полегшує інтеграцію в суспільство.

Метою дослідження було проаналізувати статистичні дані щодо надання безоплатної реабілітації програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетом “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах” у 2024 році в Тернопільській області та в Україні.

Основна частина. Згідно статистичних даних НСЗУ у 2024 році за договорами про медичне обслуговування населення (пакет «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах») в Україні надано 249421 послугу, з них у Тернопільській області – 6698 послуг, що склало 2,69 % від загальної кількості. Варто зазначити, що найбільшу кількість послуг отримано в м. Київ (43945 (17,62 %)), Дніпропетровській (27958 (11,21 %)) та Львівській (17796 (7,13 %)) областях, а найменшу – в Черкаській (43945 (1,99 %)), Житомирській (43945 (1,92 %)) та Закарпатській (43945 (1,80 %)) областях. Аналізуючи розподіл наданих послуг у віковому та статевому аспектах в Тернопільській області та в Україні отримано співставні дані. Зокрема, як в Тернопільській області, так і в Україні найвищу частку осіб, які отримали безкоштовну реабілітаційну допомогу у амбулаторних умовах виявлено у віковій категорії 40-64 роки (33,28 % та 41,93 % відповідно), а найнижчу частку – у

віковій категорії 0-5 років (8,15 % та 3,54 % відповідно). Аналізуючи розподіл наданих послуг у статевому аспекті серед отримувачів безкоштовної реабілітаційної допомоги у амбулаторних умовах в Тернопільській області виявлено 54,02 % осіб жіночої статі та 45,98 % осіб чоловічої статі; в Україні – 57,34 % та 42,66 % відповідно. Щодо динаміки кількості наданих послуг по місяцях в Тернопільській області, то встановлено, що мінімальну кількість послуг отримано в січні (315), травні (296) та червні (305), а максимальну – в жовтні (725) та грудні (706). В Україні мінімальну кількість послуг отримано в січні (16000) та травні (17300), а максимальну – в квітні (23600) та жовтні (23300).

Висновки. Проведений порівняльний аналіз статистичних даних щодо надання безоплатної реабілітації програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетом “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах” у 2024 році в Тернопільській області та в Україні може бути підґрунтям для подальших досліджень з метою покращення комунікації, координації та співпраці між НСЗУ та закладами охорони здоров'я на місцевому рівні для оптимізації надання реабілітаційної допомоги населенню.

ПІДТАРАННИЙ АРТРОЕРЕЗ ЯК МЕТОД ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ СТОПИ

Роговий О.Ю., Рогова О.О. Пилипенко М.О.

Київ, ТОВ «Бєбі»

Вступ. Плоско-вальгусна деформація стопи є однією з найпоширеніших ортопедичних патологій дитячого та підліткового віку. Вона супроводжується надмірною пронацією стопи, зниженням висоти поздовжнього склепіння та вальгусним відхиленням п'яткової кістки. У випадках, коли консервативне лікування (ортопедичне взуття, устілки, лікувальна фізкультура) виявляється неефективним, доцільним є застосування хірургічних методів. Одним із сучасних малоінвазивних способів є підтаранний артроерез.

Суть методу. Підтаранний артроерез – це малоінвазивна операція, яка передбачає встановлення спеціального імпланту в ділянку тарзального синусу. Імплант обмежує патологічний рух таранної кістки та стабілізує склепіння стопи, водночас зберігаючи фізіологічну рухливість підтаранного суглоба. Завдяки цьому досягається корекція біомеханіки стопи без значного обмеження її функціональної активності.

Показання. Операція найчастіше показана дітям і підліткам віком від 10 до 18 років з мобільною формою плоско-вальгусної деформації, яка не піддається консервативному лікуванню. Типові скарги включають біль у стопах, втому після фізичних навантажень, обмеження активності.

У дорослих пацієнтів підтаранний артроерез застосовується рідше, однак може бути ефективним у випадках дисплазії сполучної тканини та інших біомеханічних порушень. Вибір методу хірургічного втручання завжди

ґрунтується на клінічному огляді, рентгенологічних даних та тестах на мобільність стопи. Альтернативними методами є медіалізуюча остеотомія п'яткової кістки, операція Еванса, транспозиція сухожилків тощо.

Техніка виконання. Операція триває в середньому 20–30 хвилин і виконується через невеликий розріз довжиною близько 1,5 см. Під рентгенологічним контролем по провіднику у підтаранний синус вводиться титановий імплант, який фіксує правильне положення таранної кістки. Важливо, що імплант не блокує суглоб повністю, а лише обмежує патологічну пронацію, зберігаючи при цьому необхідну рухливість стопи.

Реабілітація. Відновлення після артроерезу є відносно швидким.

Навантаження на стопу дозволяється з другого дня після операції.

Шви знімають на 14–16 добу.

У перші тижні рекомендується дозоване навантаження, після чого пацієнт поступово повертається до звичного способу життя.

Повна адаптація до імпланту зазвичай відбувається протягом 3–6 місяців.

Використання ортопедичних устілок рекомендовано упродовж перших 6 місяців після втручання.

У дітей імплант може бути видалений після формування правильного склепіння стопи, зазвичай через 2–3 роки.

Ефективність та ускладнення. Клінічні дослідження демонструють, що підтаранний артроерез суттєво покращує біомеханіку стопи, знижує больовий синдром та зменшує ризик розвитку вторинних патологій, таких як артроз та деформації колінних суглобів.

Можливі ускладнення включають індивідуальну непереносимість імпланту, його міграцію, локальні запальні реакції чи дискомфорт під час ходьби. Частота таких ускладнень є низькою та залежить від правильності підбору пацієнтів і техніки виконання операції.

Висновки. Підтаранний артроерез є ефективним, малоінвазивним та відносно безпечним методом корекції плоско-вальгусної деформації стопи. Він поєднує мінімальну травматичність із високими функціональними результатами та може вважатися методом вибору у дітей та підлітків із резистентною до консервативного лікування патологією.

Література:

Nester C.J. *Foot kinematics and kinetics in flatfoot patients: a clinical study.* Journal of Orthopaedic Research. 2019.

Mahan S.T., Spencer S.A. *Subtalar arthroereisis in pediatric patients: indications and outcomes.* Clinical Orthopaedics and Related Research. 2021.

Banks A.S., Downey M.S. *Biomechanical effects of subtalar arthroereisis: A systematic review.* Foot & Ankle International. 2020.

EDUCATING OF SPECIALISTS IN PHYSICAL THERAPY: THE IMPORTANCE OF PRACTICAL SKILLS IN SURFACE ANATOMY

*Halyuk U.M., Mota O.M., Podoliuk M.V., Pokotylo P, B, Logash M.V.,
Kovalchuk S.M., Laba O.I.*

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine
Stepan Gzhytskyi National University of Veterinary Medicine and
Biotechnologies, Lviv, Ukraine*

Teaching practical skills is a core component of physical therapy education. The training of physical therapists at the initial level should meet the challenges of today, namely the state of war in Ukraine, and be supplemented with new training methods.

The aim of the study. To develop a method of bony landmarks of the surface of the human body in the training of specialists in physical therapy.

Research methods. Palpatory study of bony landmarks of the body surface.

Results. The main component of vital human anatomy is surface anatomy, which uses physical examination, palpation, and determination of the bone landmarks on the surface of the human body. One of the means of optimizing the educational process for pregraduate students studying in the specialty "Therapy and rehabilitation" is the formation of positive motivation when studying the section of the locomotor system. We created the method of researching bony landmarks of the body surface. The student first acquires basic knowledge with the help of the bone preparations, and visually and palpatingly examines the bone landmarks of his body. This helps to eliminate a certain gap in the transition from studying the locomotor system using bone preparations to examining the patient in the future.

Conclusions. The practical application of knowledge of bone landmarks of the surface of the human body is very important in the training of physical therapy specialists, as well as in the daily practice of a physiotherapist and in complex polytraumas of the military state in Ukraine.

ГОМЕОКІНЕТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Сокрут О.П., Литвинова О.В., Сокрут В.М., Гоженко А.І., Сокрут М.В.,
Муллахметов А.Г.*

м. Кропивницький, Донецький національний медичний університет

Порушення вегетативної регуляції, параметрів гомеокінезу мають важливе значення в патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ). Виділено дві патогенетичні форми АГ: ваготонічну об'ємзалежну, при якій ремоделювання серця визначають зміни «об'єму» крові, та симпатотонічну симпато-адреналову при зміні «темпу» серцевої діяльності. Пацієнти з АГ були поділені на дві групи згідно даним спектрального аналізу серцевого ритму (САСР) та автоматизованого визначення параметрів гомеокінезу і «вегетативного паспорту». Для визначення форми коморбідності досліджували рівень внутрішньо-клітинного кальцію у волоссі.

Ваготонічний гомеокінез та кальцій-дефіцитна коморбідність лежать в основі об'ємзалежної, натрій-надлишкової, кальцій-дефіцитної, гіперренінової АГ

- зі схильністю до остеопорозу, тривожно-депресивних соматогеній і кризів 2-го порядку і поєднаної з інсулін-резистентним синдромом хронічної гіперглікемії. Симпатотонічний гомеокінез і кальцій-надлишкова коморбідність формують патогенез симпато-адреналової, кальцій-надлишкової, натрій-дефіцитної, гіперангіотензинової АГ зі схильністю до атеросклерозу, паніко-фобічним реакціям і кризам 1-го порядку та поєднаної з інсулін-дефіцитним синдромом хронічної гіперглікемії. Виділені форми АГ: дисневротична, дисгормональна, дисімунна, дисметаболічна, дисциркуляторна та диселементозна, що дозволило розробити гомеокінетичну класифікацію АГ на базі вегетативного паспорта, порушень параметрів гомеокінезу і форми коморбідності. Представлені клінічні тести визначення вегетативного паспорта, форми соматогенії і типових клінічних синдромів, що дозволяє складати реабілітаційний діагноз і передбачати реабілітаційну тактику.

ГОМЕОКІНЕТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ АСТМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА

*Муллахметов А.Г., Сокрут М.В., Литвинова О.В., Сокрут О.П., Сокрут В.М.
м. Кропивницький, Донецький національний медичний університет, Медичний
центр «ДрайвМедікал»*

Дихальна гімнастика складає важливий напрямок в реабілітаційній та спортивній медицині, яку визначають «наукою з оптимізації порушених параметрів гомеокінезу та механізмів адаптації». Легені входять до метаболічної системи, стан якої визначає кислотно-лужний баланс крові та буферні системи. Гомеокінетичне дихання оптимізує роботу бікарбонатного та гемоглобінового буфера. Форма астматичного синдрому в значній мірі залежить від вегетативного паспорта, форми коморбідності та гомеокінезу. Проведені дослідження дозволили визначити інформативні показники вегетативного паспорта пацієнта, сформулювати ваготонічний та симпатотонічний респіраторний гомеокінез. Показано, що ваготонічний трофотропний, серотонін-дефіцитний, гістамін-залежний гомеокінез, кальцій-дефіцитна коморбідність формують патогенез серопозитивного/еозінофільного алкалозного астматичного синдрому поєднаного з ацетилхоліновою серотонін-дефіцитною тривожно-депресивною соматогенією через запуск аутоімунної агресії. Симпатотонічний ерготропний, серотонін-надлишковий гомеокінез; кальцій-надлишкова коморбідність лежать в основі серонегативного/нейтрофільного ацидозного астматичного синдрому поєднаного з адренергічними серотонін-надлишковими паніко-фобічними реакціями через окисне та кальцієве пошкодження в легенях. Запропонована техніка гомеокінетичного дихання по Муллахметову-Сокруту, розроблена гомеокінетична класифікація астматичного синдрому на базі вегетативного паспорта, порушення параметрів гомеокінезу і форми

коморбідності, що дозволяє складати реабілітаційний діагноз і передбачати респіраторну тактику.

САНОЛОГІЯ, ГПІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

ЛАБОРАТОРНІ ПОСЛУГИ У ПРОГРАМІ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Криницька І.Я.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна*

Вступ. Сучасну систему охорони здоров'я неможливо уявити без клініко-діагностичних лабораторій, ландшафт яких продовжує розвиватися, охоплюючи загальноклінічні, гематологічні, генетичні, цитологічні, біохімічні, мікробіологічні, вірусологічні, паразитологічні, імунологічні, серологічні, токсикологічні, мікологічні та молекулярні дослідження.

Метою дослідження було провести порівняльний аналіз статистичних даних щодо надання безоплатних лабораторних послуг (основні, специфічні та інші дослідження) програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах» у 2024 році в Тернопільській області.

Основна частина. Згідно статистичних даних НСЗУ у 2024 році за договорами про медичне обслуговування населення (пакет «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах») в Україні надано 30228796 безоплатних лабораторних послуг, з них у Тернопільській області – 987052 послуг, що склало 3,3 % від загальної кількості. Варто зазначити, що найбільшу кількість даних послуг отримано в м. Київ (4360880 (14,4 %)), Одеській (2795386 (9,3 %)) та Дніпропетровській (2380774 (7,9 %)) областях. Основні лабораторні дослідження склали більше половини, а саме 62,3 % (615371), специфічні лабораторні дослідження – 22,9 % (226340), а інші лабораторні дослідження – 14,7 % (145341) від загальної кількості лабораторних послуг, отриманих в Тернопільській області. Аналізуючи дані у віковому та статевому аспектах найвищі частки осіб, які отримали послугу «Основні лабораторні дослідження» виявлено у вікових категоріях 40-64 р. (44,9 %) та 65 р. і більше (24,4 %), а найнижчі частки – у вікових категоріях 0-5 р. та 6-17 р. (3,1 % та 9,0 % відповідно); у статевому аспекті серед отримувачів даної послуги виявлено 62,4 % осіб жіночої статі та 37,6 % осіб чоловічої статі. Щодо послуги «Специфічні лабораторні дослідження», то найвищі частки осіб, які отримали дану послугу також виявлено у вікових категоріях 40-64 р. (47,5 %) та 65 р. і більше (25,8 %), а найнижчі частки – у вікових категоріях 0-5 р. та 6-17 р. (1,0 % та 5,6 % відповідно); у статевому аспекті серед отримувачів даної послуги виявлено 64,5 % осіб жіночої статі та 35,6 % осіб чоловічої статі. Аналогічна тенденція

виявлена і щодо послуги «Інші лабораторні дослідження»: найвищі частки осіб – у вікових категоріях 40-64 р. (45,3 %) та 65 р. і більше (27,9 %), а найнижчі частки – у вікових категоріях 0-5 р. та 6-17 р. (2,7 % та 7,3 % відповідно); у статевому аспекті серед отримувачів послуги виявлено 64,4 % осіб жіночої статі та 35,6 % осіб чоловічої статі. При цьому у вікових категоріях 0-5 р. та 6-17 р. серед отримувачів лабораторних послуг кількість осіб жіночої та чоловічої статі була практично однаковою, а у вікових категоріях 18-39 р., 40-64 р. та 65 р. і більше переважали особи жіночої статі (в 1,9, 1,7 та 1,9 раза щодо послуги «Основні лабораторні дослідження»; в 2,2, 1,8 та 1,8 раза щодо послуги «Специфічні лабораторні дослідження»; в 2,5, 1,9 та 1,8 раза щодо послуги «Інші лабораторні дослідження»).

Висновки. Отримані результати є підґрунтям для подальших досліджень з метою покращення комунікації, координації та співпраці між НСЗУ та закладами охорони здоров'я на місцевому рівні для підвищення ефективності надання лабораторних послуг.

АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ

MALDI-TOF MS У РУТИННІЙ ПРАКТИЦІ: ВИЯВЛЕННЯ РІДКІСНИХ ПАТОГЕНІВ ПРИ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ СТАНАХ

Руминська Т.М., Шичула Р.Г., Коваленко І.В., Корнійчук О.П.

Львів, Україна

ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Впровадження матрично-активованої лазерної десорбційної іонізації з часовим аналізом прольоту (MALDI-TOF MS) відкрило нові можливості для клінічної мікробіології, забезпечуючи швидко, високоточну ідентифікацію бактерій, у тому числі рідкісних патогенів. Проведено визначення видового спектру збудників гнійно-септичних станів, ідентифікованих із використанням MALDI-TOF MS з метою оцінки їхнього клінічного значення. Впродовж 2025 року в Центрі мікробіологічних досліджень ДНП ЛНМУ імені Данила Галицького було проідентифіковано 11 450 зразків. Найчастіше виявлялися ентеробактерії, патогени неферментуючої групи, стафілококи та стрептококи. Виявлено наступні рідкісні або малопоширені збудники: представники *Corynebacterium spp.* – 32, *Achromobacter xylosoxidans* – 2, *Leclercia adecarboxylata* – 2, *Elizabethkingia meningoseptica* – 1, *Chryseobacterium indologenes* – 2, *Myroides odoratimimus* – 1, *Massilia yuzhufengensis* – 1, *Chryseobacterium taiwanense* – 1, *Vibrio motility* – 1, *Ralstonia pickettii* – 1.

Таким чином, MALDI-TOF MS є ефективним інструментом для швидкої ідентифікації збудників гнійно-септичних станів, у тому числі, рідкісних та нетипових патогенів. Забезпечує швидко (у межах доби) ідентифікацію, що

сприяє своєчасній корекції антибактеріальної терапії гнійних процесів, що є особливо актуальним у критичних станах. Виявлені випадки інфекцій, спричинених рідкісними видами мікроорганізмів, підкреслюють необхідність широкого впровадження MALDI-TOF у рутинну практику мікробіологічних лабораторій, є важливим для контролю поширення шпитальної інфекції у лікарняному закладі.

ВИДОВИЙ ПРОФІЛЬ І АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ОСНОВНИХ ПАТОГЕНІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Секунда М.О., Лаврик Г.С., Павлій С.Й., Корнійчук О.П.

Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

(ДНП ЛНМУ), КНП ІТМО м.Львова ВП Лікарня Святого Миколая

Проблема антибактерійної терапії хронічних інфекцій сечовивідних шляхів потребує особливої уваги сучасної медицини через виявлення серед патогенів полі- і панрезистентних штамів мікроорганізмів. Проведені у центрі мікробіологічних досліджень ДНП ЛНМУ дослідження дали змогу проаналізувати видовий профіль та антибіотикочутливість ізольованих з сечі патогенів. Ідентифікація бактерійних ізолятів проводилася з використанням апарату MALDI-TOFMS. Чутливість до антибактерійних препаратів визначали відповідно до рекомендацій EUCAST.

Аналіз результатів (N=62) проведено при висівання мікроорганізмів не менше як 10^5 КУО/мл. Грамнегативна мікробіота була представлена видами *Escherichiacoli*(28), *Klebsiellapneumoniae* (12), *Proteusmirabilis*(8), *Proteusvulgaris*(6), а також *Pseudomonasaeruginosa*(5). Серед грампозитивних бактерій найчастіше виявляли *Staphylococcus haemolyticus* та *Enterococcus faecalis*. Зафіксовано зростання резистентності до препаратів фторхінолонового ряду. На тлі резистентності до ципрофлоксацину, левофлоксацину та моксифлоксацину, чутливість до інших груп протимікробних препаратів суттєво відрізнялася. Так, для лікування протейної інфекції потенційно ефективними є піперацилін/тазобактам, а близько 60% ешерихій зберігали чутливість до ко-тримоксазолу та нітрофурантоїну.

Виявлено 2 панрезистентні штами видів *P. aeruginosa* (2) та *K.pneumoniae* (2). Як супутню мікробіоту виявляли коринебактерії. Підвищення ефективності лікування інфекцій сечовивідних шляхів потребує коректної мікробіологічної діагностики із застосуванням схем комплексної терапії і персоналізованих підходів.

УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА

ОСВІТНІ ПРОГРАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І9 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Гушук І.В., Денисюк Т.П.

Національний університет «Острозька академія», м. Острог, Україна.

Сучасна глобалізована система охорони здоров'я перебуває під постійним впливом багатьох факторів: епідеміологічних загроз, зростання частки хронічних неінфекційних захворювань, міграційних процесів, кліматичних змін, а також соціально-політичних криз. Україна, яка сьогодні водночас бореться з наслідками пандемії COVID-19 та повномасштабної війни, особливо гостро відчуває потребу у фахівцях нового покоління, здатних мислити системно, діяти на основі доказової медицини, впроваджувати інноваційні практики та забезпечувати захист здоров'я населення навіть у найскладніших умовах.

Спеціальність І9 «Громадське здоров'я» (до недавня шифр 229) галузі знань охорони здоров'я є фундаментальною складовою для розвитку системи охорони здоров'я України в умовах сучасних глобальних і національних викликів. Її значення особливо зросло у період пандемії та російської військової агресії, коли питання збереження безпечного середовища життєдіяльності, санітарного та епідемічного благополуччя відновлення та зміцнення здоров'я населення стали стратегічним пріоритетом держави. Освітні програми повинні відповідати європейським стандартам, використовувати вітчизняний досвід, інтегрувати міждисциплінарні знання, активно використовувати цифрові технології та забезпечувати практичну підготовку студентів навіть у надзвичайних умовах.

Авторська довідка.

Гушук Ігор Віталійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія», E-mail: ihor.hushchuk@oa.edu.ua, 0507710299

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8075-9388>

Денисюк Тетяна Петрівна, викладач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія», E-mail: tetiana.denysiuk@oa.edu.ua, 0983661207

Hushchuk(Guschuk) Igor Vitaliyovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health and Physical Education of the National University "Ostroh Academy",

E-mail: ihor.hushchuk@oa.edu.ua,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8075-9388>

Denysiuk Tetyana Petrovna, lecturer at the Department of Public Health and Physical Education of the National University "Ostroh Academy", E-mail: tetiana.denysiuk@oa.edu.ua

МАЙБУТНЄ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ

Гуцук І.В., Мокієнко А.В.

Національний університет «Острозька академія»

Європа стикається зі значними труднощами у продовженні надання високоякісних медичних послуг своїм громадянам. Старіння населення, культурні зміни, жорсткі та складні моделі фінансування, зростання витрат на інновації, дефіцит кваліфікованого персоналу, зростання нерівності у сфері охорони здоров'я та складні питання охорони здоров'я, що виникають внаслідок зміни клімату, загрожують сталому розвитку та доступності медичних послуг, а також негативно впливають на здоров'я та продуктивність громадян. Щоб забезпечити здоров'я та благополуччя громадян у майбутньому, Європі потрібно буде розробити новий, економічно ефективний та сталий підхід до охорони здоров'я.

Кампанія Deloitte «Глобальне майбутнє здоров'я», започаткована у 2017 році, базується на твердій думці, що новітні технології та цифрова трансформація, штучний інтелект (ШІ) та відкриті безпечні платформи дозволять перейти від поточної моделі реактивного лікування до безперервної, перспективної, проактивної моделі управління охороною здоров'я. Цей перехід буде зосереджений на профілактиці та ранній діагностиці, спрямованій на підтримку благополуччя та підвищення економічної ефективності охорони здоров'я. Більше того, до 2040 року медична допомога буде організована навколо громадянина, а не навколо установ, які керують існуючими системами охорони здоров'я. Ці зміни вплинуть на бізнес та операційні моделі всіх зацікавлених сторін, включаючи нові нетрадиційні компанії, що входять у сферу охорони здоров'я.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Клименко Х.П.

м. Почаїв, КНП «Почаївська районна комунальна лікарня»

Сучасна медицина перебуває на етапі активної інтеграції штучного інтелекту (ШІ) у процеси діагностики, лікування та комунікації між лікарем і пацієнтом. Використання алгоритмів машинного навчання дозволяє аналізувати великі масиви медичних даних, виявляти приховані закономірності та підвищувати точність діагностики. Це особливо важливо у випадках складних клінічних ситуацій, коли швидкість і точність ухвалення рішень мають критичне значення.

Водночас, впровадження ШІ змінює традиційну модель взаємодії лікаря та пацієнта. Якщо раніше ключову роль відігравали клінічний досвід та емпатія лікаря, то сьогодні у процес ухвалення рішень інтегруються рекомендації автоматизованих систем. Такий підхід підвищує ефективність, але водночас

породжує низку викликів. Серед них – збереження довіри пацієнта, який може сумніватися у «неособистісному» характері рішень, а також юридична відповідальність у разі помилки.

Крім того, актуальними є етичні аспекти – захист персональних даних, прозорість алгоритмів і недопущення дискримінації. Важливо, щоб застосування ШІ не зменшувало гуманістичної складової медицини, а доповнювало її. Роль лікаря залишається ключовою: він інтегрує результати роботи ШІ у клінічний контекст, пояснює пацієнтові отримані висновки та зберігає емоційний контакт. Таким чином, майбутнє медицини полягає не у протиставленні лікаря та технології, а у формуванні партнерства, де штучний інтелект виступає інструментом підсилення професійних компетенцій, а не заміни фахівця.

АКТИВНА ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПЛОТНІ ПРОЄКТИ "ЗДОРОВА БУКОВИНА" НА 2025-2030 РР." І "ЗДОРОВА ГРОМАДА"

Фуштей В.В., м. Чернівці, МЦ «Горицвіт» (Буковина)

Вступ. В Україні 84% смертей спричинені хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНІЗ) серцево-судинні, онкологічні, діабет. Середня тривалість життя на 12–15 років нижча за європейську, що посилює соціально-економічні втрати, особливо у воєнний та післявоєнний час. Соціально-економічні наслідки: ХНІЗ призводять до втрати працездатності, що збільшує навантаження на систему охорони здоров'я та економіку в цілому. В умовах війни та післявоєнної відбудови українські громади особливо вразливі до погіршення здоров'я населення через стрес, відсутність регулярного медичного нагляду, зміну способу життя. Сільські громади мають обмежений доступ до якісного медичного обслуговування.

Мета роботи – підготовка проєктів «Здорова Буковина» (2025–2030) і «Здорова громада» для запобігання формуванню патологічного процесу ще на доклінічному рівні і, таким чином, сприяти зменшенню рівня захворюваності та смертності від смертоносних захворювань.

Результати. Розроблено вищевказані проєкти, які передбачають **алгоритм профілактики ХНІЗ:** 1) Скринінг (ІМТ, АТ, глюкоза, холестерин, онкомаркери). 2) Фіксація ризику (SCORE2, FINDRISC, Framingham). 3) Активна профілактика (харчування, фізична активність, омега-3, Q10, віт. D, клітковина, психогігієна). 4) Моніторинг (кабінети здоров'я в ОТГ, кабінети профілактики при ЦПМСД). 5) Партнерства з громадами, школами, бізнесом, церквою. **Ініціативи «Здорової громади»:** масові інформаційні кампанії, видання книг, популяризація ЗСЖ, скандинавський досвід, скринінги ризиків. **Базис** – доказова медицина з урахуванням локальних підходів. **Пропозиції МЦ «Горицвіт»:** серія книг «Супутник довгожителя», комп'ютерні програми «КардіоРИЗИКексперт» і «ОнкоРИЗИКексперт», буклети та щоденники здоров'я, індивідуальні програми профілактики, лекторії з понад 3000 слайдів.

Висновок: рання оцінка ризиків для життя і здоров'я населення та персоналізована профілактика – основа нової моделі боротьби з ХНІЗ та ключ до довголіття українців і розвитку здорових громад.

ВИКЛИКИ ТА ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Гуцук І.В., Кушнірук Г.А.

Острог, Національний університет «Острозька академія»

Розбудова системи громадського здоров'я в Україні є стратегічним завданням держави, адже йдеться не лише про збереження життя і працездатності населення, а й про майбутнє соціально-економічного розвитку країни. Ключовим інструментом цього процесу виступає міжсекторальна взаємодія, яка передбачає інтеграцію зусиль медицини, освіти, соціальної політики, економіки, екології, місцевого самоврядування та громадянського суспільства.

Попри значний поступ у нормативному регулюванні, практика реалізації міжсекторальних підходів стикається з низкою системних бар'єрів. По-перше, чинна нормативно-правова база часто не забезпечує чіткої координації між секторами, що призводить до дублювання функцій і нерационального використання ресурсів. По-друге, фінансування профілактичних програм та ініціатив у сфері громадського здоров'я залишається недостатнім, що обмежує їх масштабність та сталість. По-третє, кадровий дефіцит у сфері громадського здоров'я, зокрема брак фахівців з епідеміології, біостатистики та менеджменту охорони здоров'я, стримує розвиток галузі.

Особливим викликом є низький рівень медичної грамотності населення. Відсутність сформованої культури здоров'я ускладнює реалізацію навіть добре спланованих профілактичних заходів. Населення часто не сприймає пріоритетність вакцинації, скринінгових програм чи принципів здорового способу життя, що створює ризики поширення як інфекційних, так і неінфекційних захворювань.

Для подолання наявних проблем доцільно розвивати такі напрями:

- розбудова міжвідомчих партнерств, що ґрунтуються на прозорому розподілі ролей та відповідальності;
- створення інтегрованих профілактичних програм, які поєднують медичні, освітні та соціальні компоненти;
- запровадження систематичного епіднагляду та моніторингу, з використанням сучасних інформаційних технологій;
- інвестиції в підготовку кадрів, у тому числі шляхом міждисциплінарних освітніх програм і тренінгів для практиків;

- розвиток ефективних комунікаційних стратегій, спрямованих на підвищення медичної грамотності та зміцнення довіри суспільства до інституцій охорони здоров'я.

Таким чином, організація міжсекторальної взаємодії у сфері громадського здоров'я в Україні потребує комплексного підходу, заснованого на доказовій медицині, управлінській прозорості та широкій участі громадськості. Реалізація цих принципів дозволить перетворити систему громадського здоров'я на дієвий механізм збереження здоров'я та добробуту українського суспільства.

МЕДИЧНА ОСВІТА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Яворська Т. І., Яворський П. В.

Житомирський медичний інститут

Сучасна медична освіта стикається з викликом адаптації до нових методів навчання, що ґрунтуються на оновлених програмах та педагогічних підходах особливо під час військового стану. Це потребує створення креативного середовища, яке забезпечує ефективність і інтерактивність освітнього процесу.

В умовах воєнного стану зростає потреба в інноваційних змінах в організації навчання у ЗВО, зокрема у впровадженні змішаного навчання на базі інформаційно комп'ютерної технології (ІКТ), адаптивного навчання (Adaptive Teaching), аналітики емоцій здобувачів, прихованої оцінки (Stealth Assessment) та смарт-технологій. Важливо не лише осучаснити форми й методи, а й активно розвивати нові реалістично-адаптовані підходи до їх практичної реалізації. Особливе значення мають інтерактивні та перевернуті формати, наприклад при викладанні «Акушерства та гінекології». Це передбачає попередню підготовку здобувачів до лекцій, аналіз матеріалу з «помилками», дискусійні методи, ігрове бліц-тестування. Лекція має будуватися на основі проблемного навчання з використанням ключових понять, смислових акцентів і візуальних засобів, а також транслюватися онлайн у реальному часі. Ефективним є формат лекції-дискусії, де здобувачі виступають активними учасниками: пропонують рішення, ставлять запитання, аргументують думки. Завершальним етапом стають завдання для самостійної роботи адаптованої під сучасні вимоги та реалії військового стану.

Таким чином, реалізація інновацій під час військового стану залежить не лише від технологій, а й від мотивації викладачів і здобувачів, а ключову роль відіграє зацікавленість педагогів, які безпосередньо впроваджують зміни у навчальний процес.

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ВИПУСКНИКІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ: ПЕРСПЕКТИВИ, ТЕНДЕНЦІЇ, НОВІ НАПРЯМКИ.

Кощановський А.Ю., Цюх І.М.

Ківерцівський фаховий медичний коледж (місто Ківерці, Волинська область);

ПП «Медичний центр лікаря Цюха» (місто Луцьк)

Традиційно склалося, що після завершення навчання в закладах передвищої фахової (медичної) освіти, випускники, найчастіше, отримують працевлаштування у закладах державної або комунальної форм власності – районних/міських лікарнях, станціях екстреної медичної допомоги, у фельдшерських пунктах, з усіма позитивними і негативними сторонами такого місця праці. Проте, ринок праці в нинішніх умовах, навіть з урахуванням воєнного стану в нашій країні, ставить перед випускниками нові перспективи працевлаштування, як при повній зайнятості, так і за сумісництвом. Огляд вакансій, які підходять для випускників із дипломом медичного коледжу, згідно провідних пошукових сайтів із оголошеннями про роботу в Україні, свідчать про потребу в таких відносно нових медичних кадрах, як: адміністратор медичного центру, посади з косметологічних центрів, приватні пансіонати для літніх людей або реабілітаційні заклади різних форм власності, надання медичних послуг (маніпуляцій) з виїздом до пацієнта додому, приватні лабораторії (забірні пункти), асистент стоматолога, асистент лікаря в приватному медичному закладі та ряд інших. Це дає можливість глянути на обраний фах під іншим кутом зору, знайти свою нішу у професії, отримати певні додаткові або ж основні матеріальні вигоди або кар'єрний ріст. Знайомство майбутніх випускників з новими перспективами у галузі, потрібно проводити ще у стінах навчального закладу, зокрема, через проведення локальних "ярмарків медичних професій" за участі самих майбутніх випускників разом із потенційними роботодавцями - представниками медичних центрів, приватних лабораторій, косметологічних центрів, реабілітаційних закладів, пансіонатів, оздоровчих закладів, тощо. В ході таких заходів, майбутні випускники зможуть ознайомитися з особливостями праці в даних закладах, перспективи працевлаштування, контакти працедавців та інші суттєві умови. Такий підхід, допоможе підвищити вмотивованість молоді до вступу в медичні коледжі, відкриє для них нові перспективи та заохочення.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ДИПЛОМАТІЇ У ПОВОЄННОМУ ВІДНОВЛЕННІ УКРАЇНИ З УРАХУВАННЯМ ПРОЦЕДУР ВСТУПУ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Короленко Володимир¹, Короленко Вікторія²

м. Київ, Університет "КРОК"¹

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця²

Повоєнне відновлення України вимагає ефективного використання медичної дипломатії, що є важливим інструментом у процесі європейської інтеграції. Станом на липень 2025 року підтверджено пошкодження або повне руйнування 2 384 об'єктів у складі 781 закладу охорони здоров'я. З них 2 076 об'єктів зазнали часткових пошкоджень, ще 308 зруйновані повністю. У цих умовах міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я є критично важливим.

Україна має значний досвід у реагуванні на кризи в охороні здоров'я — як під час повномасштабної війни, так і під час пандемії COVID-19. У той же час система охорони здоров'я довела свою здатність адаптуватися до глобальних викликів, включно з масштабною вакцинацією та протиепідемічними заходами. Згодом, за підтримки міжнародних партнерів було розроблено нові підходи до евакуації, стабілізації поранених, реабілітації та психологічної підтримки. Близько 20 тисяч медиків пройшли навчання з тактичної медицини за стандартами НАТО. Цей досвід є цінним для світової спільноти — особливо в умовах гуманітарних криз, збройних конфліктів або епідемій.

Співпраця з ЄС у сфері медичної дипломатії дозволить Україні впроваджувати європейські стандарти у сфері охорони здоров'я, обмінюватися передовим досвідом та впроваджувати сучасні технології лікування і реабілітації. Це також створює можливості для інтеграції України у європейські ініціативи у сфері охорони здоров'я.

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА В УМОВАХ РОБОТИ ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКОЇ КОМІСІЇ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кавецький Т. М., голова військово-лікарської комісії «КНП «КДЦ Дніпровського району м.Києва», член правління ВУЛТ, Шупік Л.В., директор КНП «ЦПМСД

«Русанівка» Дніпровського району м. Києва», член правління ВУЛТ,

Квартальний О. А., директор КНП «ЦПМСД № 2 Дніпровського району

м. Києва», член правління ВУЛТ

Вступ. У період воєнного стану роль військово-лікарських комісій (ВЛК) та первинної медичної допомоги значно зростає. ВЛК забезпечують визначення придатності громадян до військової служби, а лікарі первинної ланки стають першою ланкою у формуванні медичної документації, зборі анамнезу та

підготовці пацієнта до проходження комісії. Водночас в обох напрямках важливим залишається дотримання високих стандартів лікарської етики, адже рішення та дії медиків впливають не лише на індивідуальні долі, але й на суспільну безпеку.

Етичні засади у роботі військово-лікарських комісій. У роботі ВЛК головними етичними принципами є:

Повага до прав та гідності особи. Лікар повинен ставитися до кожного військовозобов'язаного з розумінням і без дискримінації.

Об'єктивність і неупередженість. Рішення приймаються виключно на основі медичних показників і нормативних документів.

Принцип «не нашкодь». Важливо уникати як завищених, так і занижених вимог, щоб не створювати загрозу для здоров'я та життя пацієнта і водночас не послаблювати обороноздатність країни.

Роль первинної ланки медичної допомоги. Заклади первинної медичної допомоги виконують ключову функцію в роботі системи ВЛК, оскільки:

Формують медичну документацію. Саме сімейні лікарі часто першими фіксують хронічні захворювання, обмеження працездатності чи гострі стани.

Забезпечують безперервність медичного спостереження. Первинна ланка володіє інформацією про динаміку стану здоров'я пацієнта, що є критично важливим для об'єктивного рішення ВЛК.

Виконують консультативну та просвітницьку роль. Сімейний лікар допомагає пацієнту зрозуміти процедуру проходження ВЛК, зменшує рівень тривоги та сприяє довірі до системи.

Забезпечують етичний баланс. Первинна ланка часто стає посередником між інтересами держави та правами пацієнта, сприяючи гуманному ставленню та чесності процедури.

Етичні виклики для лікарів ВЛК. У діяльності військово-лікарських комісій виникають специфічні етичні проблеми, пов'язані з подвійною відповідальністю – перед пацієнтом та перед державою. Серед основних викликів:

Тиск з боку зовнішніх факторів. Лікарі ВЛК можуть зазнавати адміністративного, суспільного чи психологічного тиску під час ухвалення рішень, особливо в умовах воєнного стану.

Суб'єктивність оцінки. Незважаючи на стандартизовані підходи, клінічні випадки часто потребують індивідуальної інтерпретації, що створює ризик для появи упередженості чи помилок.

Конфлікт інтересів. Лікар ВЛК має балансувати між потребою збереження боєздатності армії та обов'язком захищати здоров'я і життя конкретної особи.

Етична комунікація. Важливо пояснити військовозобов'язаному сутність рішення комісії доступною мовою, зберігаючи повагу, навіть якщо висновок не відповідає очікуванням пацієнта.

Проблема стигматизації. У деяких випадках відмова від військової служби за станом здоров'я може викликати осуд суспільства чи колективу, і завдання лікаря – мінімізувати психологічні наслідки для пацієнта.

Емоційне вигорання. Щоденна робота з великою кількістю стресових випадків, зокрема тяжкохворими чи пораненими, створює значне навантаження на психіку лікаря, що може впливати на якість рішень.

Етичні виклики для первинної ланки. Лікарі первинної медичної допомоги зіштовхуються з низкою етичних дилем:

тиск з боку пацієнтів із проханням про «м'які» висновки чи внесення недостовірних даних;

необхідність пояснювати непопулярні рішення ВЛК;

психологічна підтримка пацієнтів, які перебувають у стані стресу чи депресії через мобілізацію;

баланс між професійним обов'язком і співчуттям до особистих життєвих обставин військовозобов'язаного.

Значення міжсекторальної взаємодії. Етична якість роботи ВЛК та первинної ланки підвищується за умови:

- чіткої координації між сімейними лікарями, комісіями та госпітальними установами;
- створення стандартів ведення медичної документації;
- регулярного етичного та правового навчання для лікарів.

Висновки. Робота військово-лікарських комісій та закладів первинної медичної допомоги в умовах війни є надзвичайно відповідальною. Лікарська етика виступає фундаментом цієї діяльності, забезпечуючи баланс між потребами оборони та правами пацієнта. Первинна ланка відіграє критичну роль у формуванні достовірної медичної інформації, комунікації з пацієнтами та збереженні довіри до системи охорони здоров'я.

Етична компетентність лікарів обох рівнів є запорукою справедливих і гуманних рішень, що сприяють як обороноздатності держави, так і захисту здоров'я громадян.

ОСОБЛИВОСТІ НОВОГО ПІДХОДУ У ВИБОРІ ПРОФЕСІЇ ВИПУСКНИКАМИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Мельник І.В., Козовий Р.В., Пелехан Л.І., Федорак В.М., Мельник Р.І.

Івано-Франківськ. Івано-Франківський національний медичний університет

У 2025 році в Україні розподіл в інтернатуру вперше відбувся через електронну систему, яка формувала рейтинг випускників на основі внесеної в програму їхньої академічної успішності та автоматично розподіляла місця відповідно до отриманих результатів та враховуючи вибір випускниками спеціальності, закладу охорони здоров'я для проходження практичної частини навчання в інтернатурі і вищій навчальній заклад для проходження освітньої

частини. Розподіл в інтернатуру проходив згідно «Положення про інтернатуру, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 року №1254» та «Порядку функціонування електронної системи рейтингового розподілу в інтернатуру» розробленого у 2024 році. Участь в розподілі в інтернатуру взяли всі бажаючі випускники Івано-Франківського національного університету бюджетної форми навчання і таке ж право отримали контрактники. Це дало розуміння випускникам першочергово бюджетної форми навчання а також і контрактникам, що розподіл в інтернатуру відбувся прозоро з врахуванням показників успішності на можливість отримати бажану спеціальність, без корупційної складової і втручання фізичних осіб в процес. Управління медичний кадрів, освіти і науки МОЗ України активно працювало в інтересах випускників. А отже всі бажаючі випускники, навіть ті хто додатково перездали ліцензований державний іспит Крок 2 отримали можливість пройти 3 етап розподілу в інтернатуру та отримали спеціальність. Отже 205 (89,5%) випускників університету прийняли участь в розподілі та отримали електронною системою скерування на навчання в інтернатуру за обраними спеціальностями. З боку випускників суттєвих претензій ро роботи системи не було, а окремі побажання всіх учасників процесу будуть враховані в майбутньому. Це ще раз підкреслює ефективність роботи електронної системи розподілу.

НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

*Карабаєв Д.Т., доктор філософії, магістр державного управління та адміністрування, заслужений лікар України, Голова Правління Всеукраїнського Лікарського товариства, доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Солонинка Г.Я., професор кафедри внутрішніх та професійних хвороб ПВНЗ «Київський медичний університет»,
Київ, ПВНЗ «Київський медичний університет»*

Резюме. Амбулаторна медична допомога є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, адже переважна більшість хворих отримує лікування поза межами лікарняного стаціонару. Запровадження нових технологій - таких як точечна лабораторна діагностика (Point-of-Care Testing), телемедицина, застосування штучного інтелекту в медичній візуалізації, молекулярні методи діагностики - дозволяє значно підвищити точність, оперативність і доступність медичної допомоги. У лікувальній практиці все більшого значення набувають амбулаторна хірургія, телереабілітація, персоналізована фармакотерапія та денні стаціонари з інфузійними процедурами. У статті проведено аналіз чинних тенденцій, переваг і обмежень цих методів. У висновку обґрунтовано необхідність нормативного регулювання, підвищення кваліфікації лікарів і впровадження телемедицини задля оптимізації амбулаторної допомоги.

Ключові слова: амбулаторна медицина; телемедицина; РОСТ; амбулаторна хірургія; персоналізована фармакотерапія

Вступ. Амбулаторна медична допомога є ключовою ланкою системи охорони здоров'я. Сучасні технології дозволяють значно підвищити ефективність та точність обстеження без потреби у госпіталізації. Важливими напрямками є розвиток неінвазивних методів діагностики, телемедицини, генетичних тестів, а також мінімально інвазивних методів лікування, що можуть застосовуватися в амбулаторних умовах.

Мета. Аналіз сучасних тенденцій та перспектив застосування нових методів діагностики і лікування в амбулаторних умовах.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено огляд наукових публікацій за 2018–2025 роки, використано дані PubMed, Scopus та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Аналізувалися методи діагностики та лікування, що впроваджуються у практику амбулаторної медицини.

Результати

1. Нові методи діагностики:

- Лабораторна діагностика на місці (РОСТ).
- Телемедичні технології.
- Штучний інтелект у медичній візуалізації.
- Генетичні та молекулярні тести.

2. Нові методи лікування:

- Амбулаторна хірургія (One-day Surgery).
- Фізіотерапевтичні та реабілітаційні технології.
- Персоналізована фармакотерапія.
- Амбулаторні інфузійні терапії.

Обговорення. Розвиток нових технологій в амбулаторних умовах сприяє підвищенню доступності медичної допомоги, зниженню навантаження на стаціонари, зменшенню витрат пацієнтів і системи охорони здоров'я. Разом з тим існують проблеми впровадження: потреба у стандартизації методів, кібербезпеці телемедичних даних та підготовці лікарів до роботи з новітнім обладнанням.

Висновки:

1. Нові методи діагностики розширюють можливості амбулаторної медицини.
2. Сучасні методи лікування підвищують ефективність і безпеку допомоги.
3. Перспективним напрямом є інтеграція телемедицини та штучного інтелекту.
4. Потрібна нормативна база та підготовка кадрів для роботи з новими технологіями.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на оцінку економічної ефективності нових технологій, а також на розробку програм навчання для медичних працівників.

Література:

1. World Health Organization. Digital health: transforming and extending the delivery of health services. Geneva: WHO, 2021. DOI:10.2471/BLT.21.030321
2. Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books, 2019.
3. Smith A., Brown L. Innovations in outpatient care: new technologies in ambulatory medicine. Journal of Ambulatory Care. 2023; 45(2): 85–94. DOI:10.1097/JAC.2023.00012
4. European Society of Cardiology. Telemedicine in cardiovascular care. Eur Heart J. 2022; 43(5): 375–383. DOI:10.1093/eurheartj/ehab123

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кривко Ю.Я., Дуб Н.Є., Согуйко Ю.Р.

*м. Львів, Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»*

За останні десять років медсестринська освіта в Україні переживає справжній поступ та реформування. Розвивається ступенева медсестринська освіта. На сьогодні в Україні готують фахівців медсестринства за декількома освітніми ступенями: фаховий молодший бакалавр, бакалавр, магістр. У двох медсестринських освітніх закладах (Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Буковинський державний медичний університет) здійснюється підготовка докторів філософії (PhD) з медсестринства. Від 2022 року вісім медичних сестер-науковців здобули освітньо-науковий ступінь за спеціальністю Медсестринство.

Становленню ступеневої медсестринської освіти сприяла розробка та затвердження стандартів вищої освіти. Так у 2018 році був затверджений медсестринський освітній стандарт за першим (бакалаврським) рівнем [<https://surl.li/etyuht>], у 2022 – за другим (магістерським) рівнем [<https://surl.li/cc/ebdxmm>], у 2021 – освітній стандарт фахового молодшого бакалавра [<https://surl.li/aenhge>]. Проект освітнього стандарту доктора філософії за спеціальністю Медсестринство вже декілька років знаходиться на розгляді МОН України. У 2025 році були створені нові робочі групи для перегляду та оновлення цих стандартів.

На сучасному етапі, розвиток медсестринської освіти в Україні визначає рамковий документ «Стратегічні напрямки розвитку медсестринства», затверджений у листопаді 2024 року, в якому окремим розділом винесена медсестринська освіта [<https://surl.li/lklcqc>]. Реалізації «Стратегічних напрямків» сприятиме «Дорожня карта», затвердження якої заплановане на осінь 2025 року.

У перспективі розвитку медсестринської освіти заплановано перегляд освітніх стандартів, відповідно до вперше розроблених та затверджених професійних стандартів.

**ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА
ТЕРМІНОЛОГІЯ)**

**ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ В
ОСТОЗЬКІЙ АКАДЕМІЇ ЗДОБУВАЧАМИ ПЕРШОГО
(БАКАЛАВРСЬКГО) РІВНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ І9
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»**

Гуцук І.В., Хоронжевська І.С.

*м. Острозьк, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання
Національного університету "Острозька академія"*

Латинська мова на сучасному етапі продовжує жити і розвиватись у назвах термінів, насамперед медичних. Тому майбутнім спеціалістам громадського здоров'я важливо здобути основи термінологічної компетентності, щоб свідомо і правильно користуватися медичною термінологією.

Дослідження проводили на кафедрі громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія».

Встановлено Вивчення латинської мови та медичної термінології студентами кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія» розпочалось у 2017 року, коли була створена кафедра громадського здоров'я, розроблена навчальна програма, яка включає 11 лекційних та 19 практичних занять з наступним складанням іспиту. Дослідження історичних джерел функціонування «Острозької академії» показало, що перший заклад вищої освіти у Східній Європі та Україні було засновано в 1576 році в місті Острозьк князем Василем-Костянтином Острозьким, де було запроваджено вивчення латинської мови поряд з вивченням старослов'янської мови. При академії функціонувала друкарня, де у 1581 році була видана Острозьку Біблію. За даними дослідників ці події назавжди змінили хід історії нашої української культури та науки. Відновлення функціонування Острозької академії відбулося в Незалежній Україні у 1994 році.

Висновок. Вивчення латинської мови та медичної термінології студентами кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія» - це продовження традицій першого у Східній Європі та Україні вищого навчального закладу, що прокладає більш як 400 літній шлях з періоду створення Академії до сьогодення і демонструє вікове прагнення українців до європейських цінностей, в тому числі через вивчення та розвиток наук та здобуття професійної освіти.

**ПЕРЕКЛАДНІ УКРАЇНСЬКІ ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІ СЛОВНИКИ
НЕЗАЛЕЖНОЇ УКРАЇНИ З ОСОБИСТОЇ КНИГОЗБІРНІ**

Станіслав НЕЧАЇВ

*магістр управління охорони здоров'я,
член правління Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ),
член правління Світової Федерації Українських Лікарських Товариств
(СФУЛТ),
голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ, архіваріус СФУЛТ*

Резюме. У статті розглянено деякі здобутки на ниві лікарського словникарства серед перекладних українських загальномедичних словників з особистої книгозбірні автора за 35 років незалежності України.

Особливий наголос робиться на внеску Всеукраїнського Лікарського Товариства.

Виділяється значна заслуга пана Любомира Пирога у збереженні “золотих” словників часів українізації, перевидання їх у Незалежній Україні та використання їхніх надбань для нового відродження українського в Україні.

Ключові слова: лікарське називництво, лікарське словникарство, український лікарський словник, Всеукраїнське Лікарське Товариство, українська незалежність.

**TRANSLATION UKRAINIAN GENERAL MEDICAL DICTIONARIES OF
INDEPENDENT UKRAINE FROM THE PERSONAL LIBRARY**

Stanislav NECHAJIV

Master of Health Administration,
Member of the Board of the Ukrainian Medical Association (UMA),
Member of the Board of the World Federation of Ukrainian Medical Associations
(WFUMA),
Chairman of the Historical and Terminological Commission of the UMA, Archivist
of the WFUMA

Summary. *The article examines some achievements in the field of medical lexicography among translation Ukrainian general medical dictionaries from the author's personal library over the 35 years of Ukraine's independence.*

Special emphasis is placed on the contribution of the Ukrainian Medical Association. The significant merit of Mr. Ljubomyr Pyrih in preserving the “golden” dictionaries of the times of Ukrainization, republishing them in Independent Ukraine and using their achievements for a new revival of Ukrainian in Ukraine is highlighted.

Keywords: *medical terminology, medical lexicography, Ukrainian medical dictionary, Ukrainian Medical Association, Ukrainian independence.*

Наближаючись до 35 роковин нашої Незалежності варто, хоча б поверхово, поглянути на деякі здобутки українства за цей час на ниві словникарства, у нашому випадку, лікарського.

Нинішня москвинсько-українська війна дуже заважає глибоко дослідити пройдений шлях. Певно, що після нашої перемоги це буде зробити набагато легше.

Із подачі пана Любомира Пирога ми в лікарському товаристві займаємося словникарською роботою з **1989** року і в моїй особистій книгозбірні нагромадилось багато медичних словників, тому варто почати огляд саме з них, а потім його розширити до зібрань найбільших книгозбірень України. З ознаки на об'ємність матеріалу слід розпочати з перекладних загальномедичних словників.

Очоловав відродження понищеного східними дикунами та нашими доморощеними манкуртами українського лікарського називництва “Російсько-український медичний словник” **1991** року на 7.000 слів укладацтва О.Мусія, С.Нечаєва, О.Соколюка та С.Гаврилюка.

За два роки до нового відродження нашої незалежності молодими київськими лікарями розпочалась копітка робота зі збирання по пожовклих сторінках “золотих” словників часів українізації розгублених, спотворених та замовчуваних українських лікарських назов, які заборонялись кремлівською владою як націоналістичні.

Під егідою Українського Лікарського Товариства в Києві ще при вмираючому ССРСР до офіційного проголошення нашої незалежності той “Російсько-український медичний словник” вдалося видати власним коштом у важких цензурних умовах все ще існуючої компартії та КГБ.

Вступне слово до словника підготував Президент ВУЛТ Л.А. Пиріг.

Пізніше ця знечужинена українізована лікарськоназивнича праця кілька разів перевидавалась укладачами (Київ, 1992; Умань, 1992) і без нашого відома по-«піратському».

Також той словник друкувався з числа в число у лікарському часонісі “Врачебное дело /Лікарська справа” у Києві.

Тоді ми намагались підняти з небуття на світ Божий і під однією обкладинкою зібрати всі здобутки доби розстріляного українського відродження 1920-х років, які пан Любомир Пиріг багато десятиріч зберігав у своїй домашній книгозбірні. Він довірив їх нам.

У Заставній **1992** року був перевиданий один із “золотих” словників часів українізації одеський “Медичний російсько - український словник” В.Ф.Кисільова **1928** року, що значно посилило наше становище у боротьбі за українськість лікарського називництва.

Згодом у **1994** році відбулося перевидання у Києві основоположного “Російсько - українського медичного словника” М.Галина за ред. О.Корчака-Чепурківського **1920** року.

Наступного **1995** року Українським Лікарським Товариством у Києві був виданий «Російсько — український медичний (або москальсько-, москвинсько-, московсько-, московітсько-, московицько-, московітянсько — русинський, - русицький, -руснацький, -руський лікарський) словник з латинськими назвами (знадібки)» на 11.000 слів укладацтва С. Нечаєва та О. Соколюка.

Ще через рік у **1996** році вийшов у Києві “Російсько-український словник медичної термінології” О.К.Усатенка та “Російсько-український словник наукової термінології: біологія, хімія, медицина” (укладачі С.П.Вассер, І.О.Дудка, В.І.Єрмоленко, М.Д.Зерова, А.Я.Ільченко, О.К.Усатенко; ред. О.Л.Бельгард).

Того ж **1996** року у Києві видали «Російсько-український словник медичної термінології» П.І.Червяка, М.П.Захараша та А.П.Радзіховського.

Ще через рік у **1997** році також у Києві був виданий подібний до попереднього «Російсько-український медичний словник» П.І.Червяка та М.П.Захараша.

Наступного **1998** року у Харкові вийшов «Русско-английско-украинский медицинский словарь» Є.І. Шапкіна, В.В. Ніконова, В.Є. Шапкіна (під ред. В.В. Ніконова).

На Х-річний ювілей ВУЛТ **2000** року ми видали у Києві «Російсько — український (московсько – руський або москвинсько – русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами» на 15 000 слів, «Латино-український (-руський або -русинський) медичний (лікарський) словник» на 7.000 слів та «Словник чужослів мови медика» С. Нечая (Нечаєва).

Через рік у **2001** році був виданий у Києві “Російсько-українсько-англійський базовий словник студента-медика” Г.О.Золотухіна, Н.П.Литвиненко, Н.В.Місник та інших (15 авторів).

Також у **2001** році у Києві нами було видано «Російсько — український (московсько – руський або москвинсько – русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами» на 20 000 слів С. Нечая, який також перевидавався наступного 2002 року.

2002 року у Львові вийшов “Російсько-український медичний словник” Т.Філіпюка, Я.-Р.Федорова та Н.Скорейко.

Того ж **2002** року до 25 річчя СФУЛТ у Києві нами були видані «Латинсько — український медичний (лікарський) словник)» на 10 000 слів. С. Нечая, «Українсько-польський лікарський словник» на 16 000 слів Станіслава Нечаєва та «Популярний російсько-український медичний словник греко-латинських терміноелементів» С. Нечая (Нечаєва).

У наступному **2003** році у Києві вийшов із друку новий “Російсько-український медичний словник з іншомовними назвами” авторства С. Нечая (Нечаєва) на 25.000 слів двома накладами.

У серії «Із словникової спадщини» Національна академія наук України **2008** року у Києві видала «Медичний російсько-український словник» В.Ф.Кисільова 1928 року.

Відзначаючи 100-річчя Українського Лікарського Товариства **2010** року у Києві ми видали «Медичний російсько – український словник з іншомовними назвами» С.Нечаєва на 30.000 слів.

Невдовзі **2015** року у ВУЛТ був підготований «Короткий українсько-білоруський (русько-, русинсько – литвинський) медичний (лікарський) словник» на 3.000 слів С. Нечая (Нечаєва).

Голова Історико-Термінологічної Комісії ВУЛТ С.Нечаїв **2019** року, серед іншого, уклав «Англо – український, українсько – англійський словник складнощів медичної термінології» на 12.000 назов.

Починаючи з **2023** року зусиллями Історико-Термінологічної Комісії ВУЛТ в особі її голови С.Нечая (Нечаєва) був виданий кількома виданнями «Німецько-український медичний словничок» та зворотній до нього.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Російсько-український медичний словник. 7.000 слів / *О. Мусій, С. Нечаїв, О. Соколюк, С. Гаврилюк.* – Київ : Українське лікарське товариство в Києві, 1991. – 102 с.
2. Російсько-український медичний словник : 7000 слів / *О. Мусій, С. Нечай (Нечаїв), О. Соколюк, С. Гаврилюк ;* Світова федерація укр. лікар. т-в, Всеукр. лікар. т-во. - Умань, 1992. - 113 с.
3. Російсько-український медичний словник : 7000 слів / *О. Мусій, С. Нечай (Нечаїв), О. Соколюк, С. Гаврилюк.* - 3-є вид., зі змінами. - Умань : ВУЛТ, 1992. - 112 с.
4. Російсько-український медичний словник : 7000 слів / *О. Мусій, С. Нечай (Нечаїв), О. Соколюк, С. Гаврилюк ;* Всеукр. лікар. т-во та ін. - Вид. 4-е, тотож. - Умань : УЛТ, 1992. – 111 с.
5. Російсько-український медичний словник / *О. Мусій, С. Нечаїв, О. Соколюк, С. Гаврилюк //* *Врачебное дело. Лікарська справа.* – 1992. – № 3. – С. 113–126.
6. *Галин М.* Російсько-український медичний словник. Київ : Триада, 1994. XXVI + 186 с.
7. *Нечаїв, С.* Російсько — український медичний або (москальсько-, москвинсько-, московсько-, московітсько-, московицько-. московітянсько- – - русинський, -русицький, -руснацький, -руський) лікарський словник з латинськими назвами (знадібки) : понад 11.000 слів / *С. Нечаїв, О. Соколюк ;* Укр. лікар. т-во у Києві. - Київ, 1995. - X, 120 с.
8. *Усатенко О.К.* Російсько-український словник медичної термінології. Київ : Наук. думка, 1996. 463 с.
9. Російсько-український словник наукової термінології: Біологія. Хімія. Медицина / *С.П. Вассер [та ін.] ; ред. О.Л. Бельгард [та ін.] ;* НАН України, Ін-т мовознав. ім. О. О. Потебні. - К. : Наук. думка, 1996. - 660 с.

10. Червяк, П.І., Захараш М.П., Радзіховський А.П. Російсько-український словник медичної термінології. — К. : Генеза, 1996. — 564 с.
11. Червяк П.І., Захараш М.П. Російсько-український медичний словник. – К., 1997. – 617 с.
12. Русско-английско-украинский медицинский словарь. Е.И. Шапкин, В.В. Никонов, В.Е. Шапкин. Под ред. В.В. Никонова. Харьков, 1998.
13. Нечай (Нечаїв), С.В. Латино-український (-руський або -русинський) медичний (лікарський) словник : 7.000 / С.В.Нечай (Нечаїв) ; Укр. лікар. т-во у Києві. - Київ : УЛТК, Фонд ТТ, 2000. - 296 с.
14. Нечай (Нечаїв), С.В. Російсько-український (московсько-руський або москвинсько-русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами : 15.000 слів / С.В.Нечай (Нечаїв) ; Укр. лікар. т-во у Києві. - Київ : УЛТК, Фонд ТТ, 2000. - 432 с.
15. Нечай (Нечаїв), С.В. Латино-український (-руський або -русинський) медичний (лікарський) словник / С.В. Нечай (Нечаїв). – 2000.
16. Нечай С. Словник чужослів мови медика. 2000.
17. Російсько-українсько-англійський базовий словник студента медика / [Уклад. : Г.О. Золотухін та ін.] ; За ред. Г.О. Золотухіна. - Київ : Здоров'я, 2001. - 260, [1] с.
18. Нечай (Нечаїв), С.В. Російсько-український (московсько-руський або москвинсько-русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами : більше 20.000 / С.В. Нечай (Нечаїв). - 2-е вид., випр. та допов. - Київ : УЛТК, Фонд ТТ, 2001. – 592 с.
19. Нечай (Нечаїв), С.В. Російсько-український (московсько-руський або москвинсько-русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами : більше 20.000 / С.В. Нечай (Нечаїв). - 3-є вид. - Київ : УЛТК, Фонд ТТ, 2002. – 592 с.
20. Російсько-український медичний словник : Близько 15 000 слів / Т.Філіпюк, Я.-Р.Федорів, Н.Скорейко ; ред. Л.Дячишин ; [15 000 слів] – Львів : Світ, 2002. – 195 с.
21. Нечай (Нечаїв), С.В. Латинсько — український медичний (лікарський) словник. 10 000 слів. / С. Нечай. – Київ, 2002 (7510) — 384+XVI с.
22. Нечаїв (Нечай), С. Популярний російсько-український медичний словник греко-латинських терміноелементів. / С. Нечай (Нечаїв). – Київ : УЛТК, 2002 (7510). – 32 с.
23. Нечаїв, Станіслав. Українсько-польський лікарський словник: 16 000 слів / Станіслав Нечаїв. - К. : УЛТК ; Фонд ТТ, 2002. – 132 с.
24. Нечай (Нечаїв), С.В. Російсько-український (московсько-руський або москвинсько-русинський) медичний (лікарський) словник з іншомовними назвами : близько 25.000 слів / С.В. Нечай (Нечаїв). - [5-е вид. випр. та допов.]. - Київ : УЛТК, Фонд ТТ, 2003. - ЛП, 644 с.
25. Кисільов, В., д-р.— Медичний російсько-український словник.— 1929. – 2008. – 142 с.

26. *Нечаїв, С.* Медичний російсько-український словник з іншомовними назвами : близько 30.000 термінів / С. НЕЧАЇВ; Все-укр. лікар. т-во (ВУЛТ). - Київ : Верлан, 2010. - XVI, 640 с.
27. *Нечай, С.* Короткий українсько-білоруський (русько-, русинсько – литвинський) медичний (лікарський) словник. Близько 3.000 слів. / С. Нечай. – Київ, 2015.– 25 с.
28. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український та українсько-англійський словничок складнощів медичної термінології : понад 1.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 23 с.
29. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український та українсько-англійський словничок складнощів медичної термінології : біля 2.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - 2-е вид. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 31 с.
30. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український та українсько-англійський словничок складнощів медичної термінології : понад 3.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - 3-тє вид. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 47 с.
31. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український та українсько-англійський словничок труднощів медичної термінології : близько 4.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 63 с.
32. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український та українсько-англійський словничок труднощів медичної термінології : понад 5.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - 3-тє вид. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 88 с.
33. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український словничок складностей медичної термінології : понад 3.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 56 с.
34. *Нечаїв, Станіслав.* Англо-український словничок складностей медичної термінології : близько 4.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - 2-е вид. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 60 с.
35. *Нечаїв, Станіслав.* Англо – український словничок труднощів медичної термінології. Близько 5.000 назов. 3 вид. Додаток. – К., ВУЛТ, 2019. – 80 с.
36. *Нечаїв, Станіслав.* Українсько-англійський словничок складностей медичної термінології : понад 3.000 назов / Станіслав Нечаїв ; Всеукр. лікар. т-во, Історико-термінол. коміс. - Київ : ВУЛТ, 2019. - 52 с.
37. *Нечаїв Станіслав.* Українсько – англійський словничок труднощів медичної термінології. Понад 4.000 назов. 3 вид. Додаток. – К., ВУЛТ, 2019. – 76 с.
38. *Нечаїв, Станіслав.* Англо – український, українсько – англійський словник складнощів медичної термінології. Близько 12.000 назов. 3 вид. / Станіслав Нечаїв. – К.: ВУЛТ, 2019. – 84 с.

39. *Нечаїв, С.* Німецько-український медичний словничок. – ВУЛТ, 2023.
 40. *Нечаїв, С.* Українсько-німецький медичний словничок. – ВУЛТ, 2023.
 41. *Нечай, С.* Німецько-український медичний словничок. 2 вид. – ВУЛТ, 2024.
 42. *Нечай, С.* Українсько-німецький медичний словничок. 2 вид. – ВУЛТ, 2024.

ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ – БЛАГО ЧИ ПРОБЛЕМА У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ?

ЧУБУЧНА Ірина, м. Львів, Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Штучний інтелект (ШІ) вже перестав бути модним словом, а увійшов повноцінно в наше повсякденне життя. Від віртуальних помічників Siri та Alexa до безпілотних автомобілей, змінюючи тим самим наш спосіб життя.

Найбільш повним, мабуть, є визначення ШІ як організованої сукупності інформаційних технологій, використання яких дозволяє виконувати складні комплексні завдання завдяки застосуванню наукових методів досліджень та алгоритмів обробки інформації, отриманої шляхом як самостійного пошуку, так і створеної під час самостійної роботи, і на основі цього прийняття рішень та визначення способів досягнення поставлених завдань.

ШІ не оминув на сьогодні жодної сфери діяльності людини, в тому числі і освітнього процесу. Роль його в цій галузі дискутується і до нині, маючи як своїх прихильників так і своїх опонентів.

Що ж хорошого приніс ШІ в освітній процес? Загалом серед позитиву варто зазначити, що ШІ дозволив викладачу швидко і якісно проводити відбір навчального матеріалу для занять, створювати завдання, користуючись інтерактивними інструментами та моделювати клінічні ситуації наприклад в медицині аж до використання віртуального пацієнта. Також ШІ дозволив швидко оцінювати виконані завдання, але не лише шляхом перевірки роботи, але й виділяти та пояснювати суть помилки, що, до прикладу, робить ChatGPT, та дозволив більш об'єктивно оцінювати знання та навички студентів, виключаючи будь-які дискримінаційні фактори, а використання програм розпізнавання голосу дозволило прискорювати написання різних текстів.

ШІ допомагає також складати навчальні програми згідно із актуальним запитом, може бути корисним також як асистент викладача у розробці нових онлайн курсів, його застосування покращує якість дистанційного навчання шляхом універсального доступу для всіх здобувачів освіти, забезпечує індивідуалізацію навчання та його інклюзивність, створює нові можливості для

наукових досліджень та освітніх інновацій. ШІ є також корисним і для аналізу даних для управління освітнім процесом та виконання адміністративних завдань.

У науці ШІ дозволяє формувати кращі метадані та індексування на основі запиту користувачів, адаптувати академічні тексти до науково-популярних з метою популяризації наукових ідей, формує індекси і синонімічні пошукові терміни, допомагає проведенню міждисциплінарних та міжнародних досліджень, аналізує текст на граматичні та синтаксичні помилки, перекладає на різні мови, що дає можливість розміщувати тексти на міжнародних ресурсах і, таким чином, підвищувати цитованість роботи.

У навчанні ШІ може виступати особистим тьютором (репетитором, консультантом), при якому здійснюється своєрідне менторство, тобто передача знань, навичок та вмінь менш досвідченій особі. Також можна вести діалог чи суперечку зі ШІ або користати з його допомоги при розробці дизайну чи у творчій діяльності у якості співдизайнера, використовувати можливі прототипи чи ідеї.

Персоналізоване навчання добре спрацює при вивченні курсів за вибором, де за допомогою ШІ можна відслідковувати швидкість засвоєння і вносити корекції. Але при цикловій системі занять це просто нереально, оскільки кожне чергове заняття вже вимагає засвоєння наступного об'єму нових знань.

ШІ також надає контент кількома мовами і адаптує культурний контекст навчальних матеріалів, що робить навчання для іноземних студентів більш адаптованим та якісним.

У зв'язку з використанням ШІ у освітній діяльності у світі, в тому числі і в Україні, мабуть найбільш гострим постало питанням дотримання академічної доброчесності (АД), під якою розуміється сукупність етичних принципів та визначених законом правил, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та проведення наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень, згідно до Закону України «Про освіту» 2017 р.

Найпоширенішим порушенням АД є академічний плагіат, який проявляється через переписуванням тексту без вказівки на його джерело, завантаженням різного роду творчих робіт з безкоштовних сайтів (реферати, історії хвороби) і використанням їх як власних, використання чужих робіт частково чи повністю без посилання на авторство, копіювання зі зміною порядку слів у реченні без посилання на джерело, використання чужих текстів дослівно з посиланням на інше джерело (використання огляду, а посилання на статтю), переклади іншомовних текстів українською і використання їх без вказівки на джерело, доєднання до групової роботи без участі в написанні тексту.

На сьогодні ШІ здатний згенерувати до 150 сторінок тексту, що може відповідати вимогам дисертаційної роботи, проте плагіатом, з юридичної точки зору, це не можна назвати, оскільки ШІ не є суб'єктом права. Зрештою навіть сьогодні важко ідентифікувати роботу, виконану ШІ, від людської творчості. Таким чином ми не можемо об'єктивно оцінити представлений текст. Тому

публікація згенерованих ChatGPT статей є, по-перше, порушенням АД, тобто запозиченням, по-друге, може містити застарілу або неповну інформацію, що призводить до помилкових висновків, по-третє, ШІ може використовувати «самоцитуння». Найчастіше ChatGPT послуговуються з метою відповіді на питання, тому можливе «випадіння» наукових матеріалів у достовірних джерелах. Зрештою ШІ не створює нічого нового, тому не містить жодної наукової новизни, а відсутність посилань та цитат не дає можливості перевірити отримані результати чи точність цитування. На ChatGPT загалом не коректно посилалися, бо за кожним разом він генерує інший результат. Іноді ШІ може згенерувати неіснуючу інформацію, так звану галюциногенну, проте остання версія ChatGPT-4-o1 є вже досить «просунутою» і позбавляється недоліків попередньої версії. Робота ШІ має бути обов'язково законодавчо регульованою – цій меті слугує Рамкова конвенція Ради Європи, яку почали підписувати у Вільнюсі (Литва) 5 вересня 2024 року.

В освітній діяльності ШІ несе загрозу зниження ролі викладача (ШІ може і повинен стати доповненням, а не заміною викладача), призводить до зниження креативності здобувачів освіти, збільшує розрив між здобувачами освіти з різним соціальним статусом (несправедливе надання переваг щодо створення якісних письмових робіт одних при наявності доступу до сучасних програм ChatGPT над іншими, у яких такий доступ відсутній).

Для протидії порушенням АД при зловживанні ШІ необхідно навчати здобувачів освіти АД, створювати правила та умови щодо використання ШІ, давати посилання в роботах на тексти, створені ШІ. Бажаним є також перегляд чернеток виконаних робіт, заборона використання ШІ під час складання іспитів чи заліків, а при виявленні порушення АД застосувати покарання. ШІ є додатковим, а не основним засобом навчання і на першому місці має бути викладач як запорука якісної освіти, що формує у здобувачів освіти моральні засади, критичне мислення, творчість та унікальність.

Які ж виклики стоять перед нами з використання ШІ в освітньому процесі? ШІ вже прийшов у освіту і нам від цього вже нікуди не дітися. Насамперед мають бути розроблені і прийняті чіткі правила щодо використання ШІ як на державному рівні, галузевому, так і в конкретному навчальному закладі. Особлива увага має приділятися безпеці та приватності даних. Використання даних викликає питання щодо конфіденційності чи справедливості, що вимагає прозорості політики щодо того, як такі дані збираються, зберігаються на онлайн-платформах, що працюють на основі ШІ, та передаються зацікавленим сторонам, університети повинні вживати заходів для забезпечення конфіденційності цієї інформації, щоб уникнути будь-яких порушень та її витоків. Також є проблемою технологія розпізнавання обличчя, оскільки її використання може призвести до неетичного відстеження переміщень студентів, якщо це не контролювати належним чином.

Також необхідно розробити програми грамотності як серед студентів, так і серед викладачів щодо можливостей ШІ в освітньому процесі, тобто має бути

відповідна спроможність персоналу. Необхідно також мати технічну і фінансову базу для використання технологій ШІ.

Важливим має бути розуміння того, що саме ми хочемо досягнути, використовуючи ШІ? А для цього необхідно використовувати доказову базу, що демонструє позитивний вплив на студентів використання ШІ. Для запобігання зловживанням ШІ має бути змінено підхід до оцінювання, де не йде оцінка наданого тексту, а додаткові запитання на загальне розуміння контексту та обґрунтування різних етапів виконаної роботи, проте повернення до рукописних есе призведе до ефекту «вуличного ліхтаря», коли ми дивимося лише туди, куди легко дивитися.

ШІ є вже у всіх інструментах у навчанні: так і Google, і Microsoft використовують ШІ. Чи замінить він навчання, чи буде допоміжним інструментом для навчання – це залежить від нас, від того, наскільки ми донесемо нашим студентам, що зловживання ШІ, підміна особистого навчання використанням генеративного ШІ не розвиває їх ментальні навички, губить креативність. Людський інтелект є більш пластичним, ширшим і глибшим, тому здатен ухвалювати ті рішення, які ШІ не може ніколи ухвалити. І саме навчання розвиває наш інтелект.

ШІ вже здійснює революцію в освіті. Враховуючи прогнози щодо об'єму освітнього ринку ШІ до 2027 року у 20 мільярдів доларів, його чекає світле майбутнє.

Чи замінить колись ШІ викладача? Відповідь очевидна, що ні. Але сьогодні викладач вже не може працювати в освітньому процесі без ШІ.

ДІЯЛЬНІСТЬ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) В МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ УКРАЇНИ

Базилевич А. Я.

м. Львів, ДНП «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», Світова Федерація Українських Лікарських Товариств

З перших днів воєнної агресії закордонні члени українських лікарських товариств, що входять до Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) згуртувалися та активізували свою діяльність з метою допомогти Україні та українцям вистояти в час війни.

Українське лікарське товариство Північної Америки (УЛТ ПА, Ukrainian Medical Association of North America – UMANA) президент – професор Лев ВОЛЯНСЬКИЙ, з червня 2023 року - д-р Марта ЛОПАТИНСЬКА) вже з перших днів вторгнення росії створили Комітет медичної допомоги, відкрили багато гуманітарні «хабів» в багатьох містах США. 4 вантажних літаків (перший вже 25 березня 2022 року) загальною вартістю - десятки мільйонів доларів. Разом з медичним обладнанням та ліками було доставлено 19 реанімобілів. Передано десятки портативних ультразвукових апаратів. Проводилися безкоштовні телемедичні консультації. Окрема спільна місія MedGlobal та УЛТ ПА

забезпечила тренінги про сортування пацієнтів, захист при використанні хімічної зброї. Ряд тренінгів з діагностування портативними УЗД-апаратами.

Українське лікарське товариство Німеччини (голова – д-р Андрій БАТРУХ, з жовтня 2023 року – д-р Оксана УЛАН) створило гуманітарні склади, де збиралися ліки і медичні засоби. Відправлено сотні фур. Організовано передачу німецькими клініками медобладнання. Фармацевтичні компанії передали ліків на мільйони євро. УЛТ Німеччини закупили машини швидкої допомоги з повним оснащенням, рентгенівські апарати, операційний мікроскоп ZEISS, ультразвукові апарати, вакуумні помпи, фіксуючі апарати, медикаменти. Лікарями УЛТН в усій Німеччині надавалася медична допомога та супровід українських переселенців та наших воїнів.

Українська медична асоціація Великобританії (президент – професор Роман ГРЕХ) організувало конвой вантажівок з гуманітарною допомогою (вже 10.03.2022 року) з Лондона до Перемишля доєднуючись іншими машинами з вантажами. Допомога більше тисячі лікарів та стоматологів в адаптації до нових обставин. Медіапідтримка Україні на ведучи інформаційних порталах. Українські лікарні Сходу та Півдня відвідували мобільні та евакуаційні бригади. Реалізовано багато освітніх вебінарів хірургам України. Встановлена співпраця з клініками, університетами та ГО Британії.

Українське лікарське товариство Польщі (голова – д-р Петро СТАБШЕВСЬКИЙ) з перших днів організувало гуманітарний штаб в Перемишлі для координації та прийому біженців, забезпечила їм медичну допомогу та тимчасове житло. Передали медичні тактичні наплічники, індивідуальні аптечки бійців та кровоспинні джгути-турнікети, ліки та медичне обладнання.

Українське лікарське товариство Австрії (голова – професор Микола КОРПАН) організувало гуманітарну допомогу, автомобілі, медичне обладнання та інструменти, ліки лікарням Києва, Хмельницької області та Кривого Рогу. Організовано співпрацю між державними, муніципальними, благодійними та приватними структурами України та Австрії. Проведено багато безкоштовних лікарських консультацій українських біженців в Австрії.

Українське лікарське товариство Швейцарії (голова – д-р Оксана СОУТЕР) провели збір медикаментів, дитячого харчування, речей першої необхідності та відправили в Україну (з 24.02.2022). Організували зустріч українських жінок-біженок в головному офісі ООН (Женева). Допомогали в прийомі українських переселенців. Координували міжнародні зв'язки організацій з Швейцарії, Великобританії, Нідерландів, Бельгії. Допомогли в організації фінансової підтримки міжнародних харитативних медичних організацій та зборі коштів для медичного обладнання лікарням України.

Українське лікарське товариство Греції (президент – д-р Лариса КУЛЯША) передали у реаніобіль, ліки, турнікети, аптечки, медобладнання, генератори струму для потреб фронту. Також було забезпечили госпіталі у Харкові і Львові постелями, рушниками і одягом для поранених. Також для постраждалих

Херсонської і Одеської області передали ліки, продукти і речі першої необхідності.

Асоціацією Лікарів Українців-Русинів Словаччини (президент – д-р Михайло БОБИНЕЦЬ, з липня 2022 року – д-р Маріанна БАБІЛЯ). Передали більше 300 багатотонних фур з засобами першої необхідності, більше 150 з лікарськими препаратами та засобами надання першої медичної допомоги, 5 вантажівок реабілітаційних та інвалідних візків, ортезів. Також постійно передавали необхідні речі лікарням, потребуючим громадянам регіонів півдня та сходу України.

Українське лікарське товариство Чехії (президент – д-р Анатолій ЦИБУЛЯ) ініціювало збір і передачу 24 000 євро на допомогу Україні. Проведено збір та відправка до України медикаментів, медобладнання, бронешитів та іншого.

Українське лікарське товариство Бразилії (президент – д-р Лауро Богодар КУЧИНСЬКИ) допомагало українським біженцям з адаптацією і медичною допомогою.

Робота членів СФУЛТ не зупиняється і триватиме до ПЕРЕМОГИ.



ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА
«115-річчя Українського Лікарського Товариства»
30 червня 2025 року

ПРОГРАМНІ ПИТАННЯ:

1. 15-річчя прийняття «Євпаторійського» Етичного кодексу лікаря України 2009р.
2. Теоретичні питання лікарської етики.
3. Історія медицини та охорони здоров'я України.
4. Питання української медичної термінології.
5. Різне.

ВШАНУВАННЯ ПАМ'ЯТІ ІВАНА ТА ЮРІЯ ЛИП У 2025 РОЦІ
МЕДИКАМИ ЛЬВІВЩИНИ.

Іванків З.Я., Дробінська Н. В.

м. Львів

2025 рік оголошено на Львівщині Роком Івана та Юрія Лип. Це рішення Львівська обласна рада ухвалила на звернення медичної спільноти, щоб гідно вшанувати 160-річчя з дня народження Івана Липи та 125-річчя його сина Юрія. Обидва діячі зробили неоціненний внесок у розвиток української державності, медицини та культури.

З нагоди ювілеїв, Лікарський клуб імені Юрія Липи, заснований у 1994 році Рогнідою Сендецькою, був перейменований на «Лікарський клуб імені Івана та Юрія Лип». Це рішення, прийняте Головною управою Українського лікарського товариства у Львові, до якого належить Лікарський клуб, підкреслює глибокий зв'язок між батьком і сином та їхню спільну спадщину.

Іван Липа — лікар, письменник і державний діяч, який брав активну участь у розбудові Української Народної Республіки, обіймаючи посади міністра та розробляючи проект першої української Конституції. Був одним із засновників Братерства Тарасівців. Його життєвий шлях і патріотизм стали прикладом для сина. Юрій Липа, лікар-практик та видатний просвітник, був провідником нової української думки, стратегом і пророком, який своїми працями закладав основи майбутньої української держави.

Напрацювання Юрія Липи, особливо його геополітична концепція, викладена у «Великій українській трилогії» («Призначення України», «Чорноморська доктрина», «Розподіл росії»), залишаються актуальними й сьогодні. Вона є першою системною візією незалежної України.

Впродовж першого півріччя 2025 року Лікарський клуб провів низку заходів, присвячених вшануванню спадщини Івана та Юрія Лип:

- презентації праць Юрія Липи для медичних працівників, студентів, школярів та громадськості;
- урочисту Академію до 125-річчя від дня народження Юрія Липи в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького;
- веломандрівку «Від Батька до Сина» за маршрутом Винники – Львів – Бунів;
- обласну літню школу «Спадок Івана та Юрія Лип» у співпраці з Львівською обласною Малою академією наук;
- наукову мультидисциплінарну конференцію з міжнародною участю «Юрій Липа: стратегія нації та культура українського духу» разом із кафедрою українознавства та філософії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Вшанування Лип поєднується з іншими важливими подіями, що підкреслює зв'язок між медичною та духовною спадщиною України. Так, за участю Лікарського клубу, з нагоди Дня медичного працівника відбулася Проща по місцях митрополита Андрея Шептицького, присвячена 160-річчю від дня його народження та відзначенню Року Івана та Юрія Лип.

Сьогодні, як і століття тому, погляди Юрія Липи залишаються актуальними для українців. Цей видатний патріот, державник і лікар української нації, як і його батько, Іван Липа, можуть слугувати для нас орієнтиром у буремні часи випробувань. Їхні досягнення в медицині, філософії, політиці та історії й досі відкривають нові грані. Спадщина Івана та Юрія Лип є не лише історичним надбанням, а й практичним дороговказом для сучасної України, що надихає на служіння нації.

Л-ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТ У СКЛАДІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПЛІВОК.

Гриновець І.С., Шостак Т.А., Синуця В.В., Гриновець В.С.

Актуальність. Стоматологічні лікарські плівки (СЛП) порівняно з традиційними засобами місцевого типу дії мають низку переваг: кращу біологічну доступність, пролонгований ефект, краще полегшене застосування хворими та атравматичний ефект, обмеження вимивання діючої речовини ротовою рідиною, підвищення точності дозування та зведення до мінімуму можливих побічних реакцій.

Мета. Розробка нового атравматичного, пролонгованого засобу у формі аплікаційної СЛП на гелевій основі є актуальною.

Матеріали і методи. L-лізину есцинат у формі 0,1% розчину, який застосовують при розвинутих формах набряку – включено до складу СЛП. Засіб запобігатиме розвитку набряку м'яких тканин в області порожнини рота та нормалізуватиме проникність капілярів.

Традиційне застосування ін'єкційної форми у вигляді розчину L-лізину есцинату, як правило призводить до додаткового механічного травмування - вже набряклих тканин та супроводжується посиленням больової реакції.

Основу СЛП одержували шляхом полімеризації та поливу на гладку поверхню, використовуючи ВМС із вираженими адгезивними властивостями: NaКМЦ та ПВС. Для СЛП досліджували: органолептичні, фізико-механічні, фізико-хімічні, фармако-технологічні показники.

Результати. У процесі розробки СЛП з L-лізину есцинатом – крім фізико-хімічних досліджували мікробіологічні і токсикологічні параметри. Стандартизували СЛП за показниками: розчинність, рівень рН потенціометрично, середня маса, еластичність, міцність на розрив, гладкість поверхні, однорідність і залишкова вологість. Підбираючи концентрацію діючої речовини у СЛП - за основу використано 0,1 % розчин L-лізину есцинату, що є в ін'єкційній формі 5% розчину в амп. по 5 мл -виробництва АТ Таличфарм", Україна.

Висновок. У процесі фарм. розробки одержано СЛП з L-лізину есцинатом, що дозволяє вводити його без порушення цілісності слизової оболонки порожнини рота, стимулює процес регенерації і сприяє зменшенню та усуненню набряку лікованих тканин.

РОЗРОБКА СКЛАДУ ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ЧУТЛИВОЮ ШКІРОЮ ТА ШКІРОЮ З КУПЕРОЗОМ

Шостак Т.А., Гриновець І.С., Синиця В.В. Гриновець В.С.

Вступ. Купероз займає особливе місце серед дерматологічних захворювань. Він характеризується розширенням дрібних судин, порушенні резистентності судинної стінки та мікроциркуляції крові. Оскільки дана проблема займає провідне місце за поширенням, актуальним завданням сучасної медицини є розробка нових вітчизняних засобів для профілактики та лікування чутливої шкіри та шкіри з куперозом, які будуть безпечними та ефективними.

Результати. На основі теоретичних та експериментальних досліджень було розроблено склад сироватки. Як біологічно активний компонент обрано азелаїнову кислоту, яка проявляє антибактеріальні, антиоксидантні та протизапальні властивості, завдяки яким має заспокійливу дію та зміцнює судини, тому ефективною є при лікуванні чутливості та при проявах куперозу. До складу також входять: гіалуронова кислота, яка має виражені зволожуючі властивості; пантенол – зволожувач, стимулює процеси регенерації та зменшує подразнення; алантоїн – має заспокійливі та загоюючі властивості; масло ши – протизапальний інгредієнт; токоферол – антиоксидант; гліцерин – зволожувач та пом'якшувач; моностеарат гліцерину та цетилстеариловий спирт – стабілізатори; вода очищена – розчинник та натуральний консервант – Optiphen MIT Ultra.

Висновок. Теоретично та експериментально обґрунтовано склад нового косметичного засобу у формі сироватки для профілактики чутливої шкіри та шкіри із куперозом з азелаїновою кислотою.

ДО 100 РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ОПАНАСА ЯКОВИЧА МАЛОВІЧКА

Марков Ю.І.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Стаття присвячена 100-річчю від дня народження О.Я. Маловічка (1925-2011) –першого вітчизняного сертифікованого спеціаліста з анестезіології-реаніматології (нині – анестезіології та інтенсивної терапії) доцента кафедри анестезіології-реаніматології (зараз – кафедри анестезіології та інтенсивної терапії) Київського державного інституту удосконалення лікарів (зараз – Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика). У статті проаналізовано життєвий шлях та досягнення для сучасної вітчизняної анестезіології та інтенсивної терапії видатного лікаря-анестезіолога

Ключові слова: Опанас Якович Маловічко, перший вітчизняний анестезіолог, доцент кафедри анестезіології-реаніматології.

Сучасну медицину сьогодні складно уявити без анестезіології та інтенсивної терапії, медицини невідкладних станів, сімейної медицини та інших багатопрофільних галузей медичної науки. Усі вони мали свою історію – зародження, становлення, розвиток. Великий внесок в історію різних медичних дисциплін зробили видатні лікарі минулого... [1]. Сьогодні ми віддаємо шану

непересічній особистості, першому анестезіологу України – Маловічку Опанасу Яковичу.

Маловічко Опанас Якович – перший анестезіолог України, вірний помічник професорів М.М. Амосова та А.І. Тріщинського протягом десятків років, кандидат медичних наук, доцент кафедри анестезіології та реаніматології Київського Державного інституту удосконалення лікарів (КДІУЛ) [2].

Маловічко О.Я. народився 14 грудня 1925 року в селі Летава, Чемеровецького району, Хмельницької області в сім'ї сільських трударів, національність – українець, безпартійний. Перша письмова згадка про село Летава датована 11 квітня 1552 р. Село Летава носило назву «Летаво Дворище», і входило до Скальського староства, Подільського воєводства, Королівства Польського Ягелонів (1385 р. – 1569 р.) з центром у містечку Скала.

В 1952 році О.Я. Маловічко закінчив Івано-Франківський медичний інститут за спеціальністю «Лікарська справа». Після закінчення інституту був направлений в обласний кістково-туберкульозний санаторій міста Ворохта, де протягом 2-х років працював завідувачем хірургічного відділення. В 1952 році був направлений на 4-х місячні курси підвищення кваліфікації в інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського м. Київ. Там познайомився з лікарем М.М. Амосовим, який через два роки в 1954 році запросив його до себе на роботу. В 1957 році за ініціативи М.М. Амосова створюється кафедра анестезіології. Першим співробітником якої був Маловічко О.Я., який до цього пройшов двомісячний цикл навчання-стажування у військово-медичній академії міста Ленінграда. В 1958 році в Києві відкривається самостійний 4-х місячний курс підготовки лікарів-анестезіологів, одним із перших викладачів був Маловічко О.Я. В 1967 року на базі існуючого курсу була створена перша в Україні самостійна кафедра анестезіології-реаніматології, співробітником якої також був О.Я. Маловічко.

В 1954-1957 рр. працював хірургом в міській клінічній лікарні №24 Шевченківського району м. Києва під керівництвом професора М.М. Амосова. В цей час, крім виконання великого обсягу роботи в загальній і торакальній хірургії, Маловічко О.Я. займається освоєнням методів загальної анестезії.

Під час перших операцій М.М. Амосова роль анестезіолога виконував О.Я. Маловічко, оскільки він володів методикою бронхоскопії, тому швидше за інших опанував методику інтубації трахеї. Перший ларингоскоп за світлинами, наданими М.М. Амосовим, був зроблений на заводі «Арсенал» з переробленого гінекологічного дзеркала, світловим елементом якого була лампочка, яку зняли з ректороманоскопа.

Перші наркози здійснювали за допомогою ефіру і хлоретилу, а гортань перед інтубацією обробляли 1% розчином дикаїну [4].

Як пізніше зазначав сам Опанас Якович: «Амосову сподобалася моя пам'ять. Про стан своїх пацієнтів на обході головного лікаря я завжди доповідав, не заглядаючи в історію хвороби. Коли Амосов перший раз це помітив, то попросив історію хвороби і зв'язав наскільки інформація співпадає. Я знав

напам'ять аналізи крові, показники зовнішнього дихання, кардіограму та рентген кожного, хто лежав в палаті».

З березня 1955 року О.Я. Маловічко вперше в Україні став застосовувати ендотрахеальний інтубаційний наркоз для забезпечення оперативних втручань на серці, а у дітей з вродженими вадами серця синього типу (тетраді Фалло) – ендотрахеальний наркоз та штучну гіпотермію з охолодженням пацієнтів до 25-20° С. У подальшому О.Я.Маловічко першим в Україні став застосовувати ендотрахеальний наркоз під час операцій на легенях та органах середостіння [2].

В жовтні-грудні 1957 року завідувач кафедри торакальної хірургії КДІУЛ професор М.М.Амосов вперше в Україні організував двохмісячний цикл підготовки лікарів-анестезіологів. Першими асистентами на цьому циклі працювали Опанас Якович Маловічко і Андрій Юхимович Депутат [3]. Таким чином, О.Я.Маловічко є і першим в Україні Учителем з анестезіології.

В 1958 році курс анестезіології на кафедрі торакальної хірургії та анестезіології (завідувач професор М.М. Амосов) КДІУЛ очолив доцент Анатолій Іванович Тріщинський, а О.Я.Маловічко продовжував працювати асистентом потім доцентом цієї кафедри.

В 1966 році О.Я.Маловічко успішно захистив дисертацію на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук на тему: «Знеболювання і забезпечення безпеки виконання операцій на органах грудної порожнини з застосуванням двостороннього плеврального доступу» [2].

В цьому ж році О.Я.Маловічко брав активну участь в організації першого в Україні самостійного відділення реанімації в багатопрофільній клінічній лікарні №14 м. Києва (нині КНП «Сято-Михайлівська міська клінічна лікарня м. Києва).

В 1967 році О.Я.Маловічко було присвоєно вчене звання доцента кафедри анестезіології-реаніматології (зараз – кафедра анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології) КДІУЛ (сьогодні – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика). **З 1967 по 1985 рік О.Я.Маловічко працював доцентом на цій новоствореній кафедрі анестезіології-реаніматології.** Як доцент кафедри направлявся завідувачем кафедри професором А.І.Тріщинським в багатопрофільні клінічні лікарні м. Києва для організації там відділень і служби анестезіології та інтенсивної терапії: 1973 рік – в клінічну лікарню №7 (нині клінічна лікарня №4); 1976 рік – в щойно відкриту клінічну лікарню №3.

З 1963 по 1985 рік – О.Я.Маловічко – беззмінний член Правління Республіканського науково-медичного товариства анестезіологів-реаніматологів України, скарбник товариства; консультант Республіканської станції санітарної авіації МОЗ України. Приймав активну участь в організації та проведенні 4-х з'їздів анестезіологів-реаніматологів України, наукових конференцій і розширених Пленумів Правління НМТ анестезіологів України. Доцент Маловічко О.Я. опублікував 57 наукових праць. Ним підготовлені тисячі лікарів-анестезіологів України.

З 1985 по 1991 О.Я.Маловічко працював лікарем-анестезіологом в лікарні для вчених АН України. З 1992 року і до останніх днів життя доцент Опанас Якович Маловічко працював лікарем-анестезіологом в Київській міській клінічній лікарні №16 – проводив наркози, консультував хворих, навчав молодих лікарів спеціальності «Анестезіологія» [2].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Календар знаменних дат і подій в анестезіології та медицині невідкладних станів / за ред. О.А. Галушка. К.: Видавець Заславський О.Ю., 2022. 248 с.
2. Лоскутов О.А., Бондар М.В., Марков Ю.І., Болюк М.В., Єфименко Р.А. Сторінки історії анестезіології України (присвячується 100-річчю Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика). Київ: МВЦ Медінформ, 2018. 155 с.
3. Тріщинський А.І., Шлапак І.П., Грандо О.А., Тверський М.Н. Основні етапи розвитку анестезіології в Україні // Матеріали 2 Національного конгресу анестезіологів України (VII з'їзд анестезіологів України). – К.: Вища школа, 1996. – С. 3-5.
4. Лоскутов О.А., Марков Ю.І., Бондар М.В. та ін. (2017) Роль кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика у становленні профільної спеціальності в Україні. Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря, 1 (1): 8–15

БОЙЧАК МИХАЙЛО ПЕТРОВИЧ: ВІЙСЬКОВИЙ ТЕРАПЕВТ, НАУКОВЕЦЬ, ІСТОРИК МЕДИЦИНИ, НАЧАЛЬНИК ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВОГО КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ

Лариса САМЧУК, завідувач відділу наукової бібліографії, Національна наукова медична бібліотека України

Одним із пріоритетних напрямів діяльності Національної наукової медичної бібліотеки України (ННМБУ) є науково-інформаційне забезпечення науковців в галузі медицини та охорони здоров'я, практикуючих лікарів, а також викладачів і здобувачів вищої і післядипломної медичної освіти. Відповідно до цього у бібліотеці формується система вторинних документів, важливою складовою яких є бібліографічні посібники різних типів і видів.

У 1992 р. ННМБУ започатковано серію видань «Медична біографістика», що розкриває життя та діяльність видатних і визначних медиків України та популяризує їх наукові праці і школи. Зокрема, це біобібліографічний словник «Медицина в Україні», біобібліографічні покажчики, присвячені К. Ф. Дупленку, С. М. Старченку, П. М. Майструку, В. М. Когану-Ясному, Ф. О. Тишку.

Черговий випуск видання з серії присвячено Михайлу Петровичу Бойчаку, українському військовому лікарю, начальнику Головного військового клінічного госпіталю з 1996 по 2012 р., генерал-майору медичної служби, заслуженому лікарю України, доктору медичних наук, професору. Михайло Петрович є автором понад 500 наукових праць у галузі кардіології, пульмонології,

внутрішніх хвороб, організації охорони здоров'я, історії медицини. Його перу належать фундаментальні праці – «История Киевского военного госпиталя» у 6-ти томах (2005–2009), «Нариси з історії української військової терапії» у 3-х томах (2020).

У співавторстві з істориком, дослідницею історії Києва XVIII–XIX ст. Риммою Миколаївною Лякіною М. П. Бойчак підготував і видав низку книг: «Военно-фельдшерская школа при Киевском военном госпитале, 1838–1926 гг.» (2004), «Их путь в медицину начинался с Киевской духовной семинарии первой половины XIX века» (2007), «Українські лікарі за кордоном (Польща, 1920–1924, Чехословаччина, 1922–1940 рр.)» (2009), «Здравоохранение Киева и Киевской губернии в 20-е годы XX столетия» (2010), «Их путь в медицину начинался с Киево-Могилянской академии» (2011), «Госпитали стародавнього Києва и их лечебники» (2013), «Ukrainscy lekarze za granicą (Polska, 1920–1924, Czechosłowacja, 1922–1940)» (2023).

Михайло Петрович виступив науковим консультантом видань, підготовлених ННМБУ, зокрема присвячених видатним постатям медицини Василю Парменовичу Образцову (2017) та Віктору Мойсейовичу Когану-Ясному (2019), біобібліографічного словника «Медицина в Україні» (2021), науково-допоміжного бібліографічного покажчика «Медичне забезпечення антитерористичної операції та операції Об'єднаних сил» (2021).

У співпраці з фахівцями ННМБУ М. П. Бойчаком підготовлено та видано книги: «Гостра променева хвороба. Внесок українських вчених» (2023), «Вовкодав Микола Миколайович. Перший головний терапевт МО України, генерал-майор медичної служби, один з ініціаторів реформування військово-медичної служби» (2024), «Харківський військовий госпіталь. Клінічна база медичного факультету Харківського університету (Харківського медичного інституту), 1887–1930» (2024). Ці видання мають виховне значення для слухачів Української військово-медичної академії та студентів закладів вищої медичної освіти.

За роки російсько-української війни світ побачили монографії – «Терапевтичні аспекти війни на Сході України» (у співавторстві з Г. В. Осьодло) (2020), «Війна в Україні» (колективна робота, видана Волинською православною богословською академією) (2023), «Терапевтичні аспекти російсько-української війни» (колективна робота під егідою Національної академії медичних наук України) (2025).

У покажчику представлено науковий доробок М. П. Бойчака упродовж 38 років (1987–2025). До видання увійшла також література про його життя й діяльність. Видання відкриває вступна стаття Михайла Петровича «Автобіографія», яку продовжує перелік основних дат життя й діяльності та відзнак і нагород.

Видання складається з п'яти розділів. У розділі 1 «Наукові праці» бібліографічні описи згруповано у підрозділи за видами видань: «Дисертації та автореферати дисертацій», «Монографії, нариси», «Статті», «Тези». Розділ 2

«Навчальні та практичні видання» містить два підрозділи – «Підручники та посібники» і «Методичні рекомендації та листи». Патенти згруповано у третьому розділі. Інтерв'ю, які М. П. Бойчак давав для українських ЗМІ, представлено у четвертому розділі. Розділ 5 «Література про життя та діяльність М. П. Бойчака» містить бібліографічну інформацію про життєвий шлях, наукову, науково-педагогічну, лікарську й громадську діяльність Михайла Петровича. Розкриттю змісту матеріалів розділу сприяють анотації до бібліографічних описів.

Довідково-пошуковий апарат біобібліографічного покажчика представлено:

- іменним покажчиком, в якому наведено прізвища співавторів, упорядників, редакторів та інших осіб, відомості про яких є в бібліографічних описах;
- абетковим покажчиком назв наукових праць М. П. Бойчака;
- списком скорочень та абревіатур, що зустрічаються у тексті покажчика;
- статтею «Від упорядників»;
- схемою групування (зміст).

Бібліографічні записи та скорочення слів здійснено за чинними в Україні стандартами. Для підготовки покажчика використано електронний каталог і фонд Національної наукової медичної бібліотеки України, фонд бібліотеки Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» та особистий архів Михайла Петровича Бойчака.

Видання адресовано науковим і науково-педагогічним працівникам, лікарям, здобувачам вищої та післядипломної медичної освіти, фахівцям інформаційної та бібліотечної справи, а також усім, хто цікавиться історією вітчизняної медицини.

З електронною версією покажчика можна ознайомитися на сайті ННМБУ у Цифровому архіві (<https://emed.library.gov.ua/>).

ЖИТТЯ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ ОЧИМА КАРДІОЛОГА ІМУНОЛОГА ТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Н. М. Середюк¹, В. Н. Середюк¹, П.П.Звонар¹, Р. В. Деніна, Я.Л.Ванджура¹,
С.Р. Бегей², Л.Я.Водославська², М.А.Лотоцька¹

¹*Івано-Франківський національний медичний університет*

2КНП «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр»

м. Івано-Франківськ, Україна

Трансплантація серця (ТС) залишається найефективнішою довгостроковою терапією пацієнтів із термінальною стадією серцевої недостатності з медіаною виживання 13,0 -14,8 років. Пацієнт із Нідерландів став рекордсменом, проживши 40 років після трансплантації серця [1]. Водночас й після ТС спостерігається низка різних ЕКГ-знахідок та серйозних порушень ритму і провідності, фатально небезпечної васкулопатії алотрансплантата (cardiac allograft vasculopathy - CAV), ішемічної хвороби трансплантованого серця (ІХТС), імунологічних конфліктів (реакцій відторгнення), які практично

можливі на будь-якому етапі життя після ТС. Найбільш частими причинами розвитку посттрансплантаційних проблем, окрім аутоімунної агресії організму реципієнта щодо алотрансплантата, є час ішемії (перебування серця донора в контейнері довше 4-х год.), вплив хірургічної техніки, дисфункція алотрансплантата, вегетативна денервація, САВ/ІХТС та імуносупресивна терапія [2-9].

Мета: встановити особливості життя із трансплантованим серцем та розробити рекомендації для сімейних лікарів, кардіологів та клінічних імунологів щодо менеджменту пацієнтів після ТС.

Матеріал та методи: ретроспективний аналіз 14 клінічних випадків ОТС та літератури за темою дослідження.

Результати. Головними ускладненнями, які спостерігаються у пацієнтів після ТС, є дисфункція алотрансплантата, реакції відторгнення, васкулопатія алотрансплантата (cardiac allograft vasculopathy - САВ) / ішемічна хвороба трансплантованого серця (ІХТС) та аритмії і порушення провідності. Особливістю життя після ТС є постійне прискорення частоти пульсу, відсутність реакції пульсу на фізнавантаження при збільшенні частоти серцевих скорочень в спокої (наслідок вегетативної денервації пересаженого серця), важко контрольовані артеріальна гіпертензія, гіперглікемія та задишка при збереженій фракції викиду ЛШ (діастолічна дисфункція). Наведене доповнюється необхідністю суворого дотримання режиму прийому засобів імуносупресивної терапії і глюкокортикоїдів та принципів здорового способу життя. Найбільш доступним різновидом дозованого фізичного навантаження для пацієнтів після ТС є щоденна 40-хвилинна скандинавська ходьба (СХ). Важливо, що при СХ в русі приймає участь 90% м'язів. Не перевантажуючи колінні суглоби та хребет, СХ підвищує навантаження на верхню частину тіла, активізує кровоплин та кровопостачання серця.

Висновки. ТС натеper визначається як єдиний метод, спроможний зберегти життя пацієнтів на термінальному етапі серцевої недостатності. ТС в Україні стала абсолютно доступною. За "Програмою медичних гарантій" державою повністю оплачуються всі послуги, починаючи із передопераційного обстеження і оперативного втручання та включно 360 днів посттрансплантаційного амбулаторного лікування та лабораторного контролю ефективності імуносупресивної терапії.

Література

1.Шумакевич В. Нідерландець прожив із пересадженим серцем 40 років: його внесли до Книги рекордів Гіннеса.<https://life.pravda.com.ua/society/u-niderlandah-cholovik-prozhiv-40-rokiv-pislya-togo-yak-yomu-peresadili-serce-300351/1>

2.Б.М.Тодуров. Результати проведення ортотопічної трансплантації серця за бікавальною методикою / Б. М. Тодуров, Г. І. Ковтун, О. А. Лоскутов та ін. Сучасні медичні технології. 2023;2(57): 5-11. DOI: 10.34287/ММТ.2(57).2023.1

3.Б.М. Тодуров , С.М. Чайковська , Г.І. Ковтун та ін. Трансплантація серця в Україні: досвід одного центру Heart transplantation in Ukraine: experience of one center. 2024. *Cardiac Surgery and Interventional Cardiology* 13(3):6-17 DOI:[10.31928/2664-3790-2024.3.617](https://doi.org/10.31928/2664-3790-2024.3.617)

4.Класифікація, стандарти діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця/за ред.О.С.Сичова.Київ: Четверта хвиля, 2025.324с

5.A.Isath, A.A. Sherif , G. P. Siroky et al. Trends, Burden, and Impact of Arrhythmias on Cardiac Transplant Recipients: A 16-year Nationwide Study <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101504>

6.Sorabella RA, Guglielmetti L, Kantor A. et al. Cardiac donor risk factors predictive of short-term heart transplant recipient mortality: an analysis of the United Network for Organ Sharing Database. *Transplant Proc.* 2015; 47:2944-51. doi: 10.1016/j. transproceed.2015.10.021

7. Prieto D, Correia P, Baptista M. Outcome after heart transplantation from older donor age: expanding the donor pool. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015;47(4):672-8. doi: 10.1093/ejcts/ezu257

8. Rizzo D.F., Menkis A.H., Pflugfelder P.W. et al. The role of donor age and ischemic time on survival following orthotopic heart transplantation. *J Heart Lung Transplant.* 1999;18(4):310-9. doi: 10.1016/s1053-2498(98)00059-x

9. Bockus L, Kim F. Coronary endothelial dysfunction: from pathogenesis to clinical implications. *Open Heart.* 2022;9(2):e002200. doi: 10.1136/ openhrt-2022-002200.

КРЕМЕНЕЦЬКІ ДОРОГИ ЧЛЕНІВ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА МІЖВОЄННОГО ПЕРІОДУ (1920-1939 РР.)

Мазур П.Є.¹, Горошко Є.Л.¹, Мазур О.П.²

¹м.Кременець, медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

²м. Тернопіль, КНП “Тернопільська обласна клінічна лікарня”

4 липня 1934 р. до Кременця переїхав член УЛТ з 1932 року Василь Кархут, знаний лікар фітотерапевт, письменник, громадський діяч. Поселився він для проживання у будинку відомого художника Олександра Глуква по вулиці Шумській, 21 біля підніжжя Замкової гори, медичну практику розпочав по вул. Горній, 26.

Восени 1938 року Василь Кархут закінчив будувати власний цегляний будинок під горою Воловиця за адресою вул. Козубського, 16, звідки весь Кременець видно, як на долоні. Зараз в будинку розміщена лабораторія Кременецького міжрайонного центру Державної установи «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб» МОЗ України. На будинку встановлена меморіальна таблиця лікарю-просвітителю.

В 1836 році в зв'язку з переслідуванням польської влади до Кременця з маленького повітового містечка Костопіль (Рівненщина) переїжджає сім'я Роцинських. Петро Роцинський, лікар і громадський діяч на Волині був членом

Українського Лікарського Товариства з 1927 року, а його дружина Ганна, українська патріотка, активна громадська діячка, просвітянка – з 1931 року.

Поселилися вони в родинному будинку Ганни (з дому Струтинської) по вулиці Ю. Словацького, 8. На будинку встановлена меморіальна таблиця Михайлові Черкавському, чоловікові сестри Ганни, громадсько-політичному діячеві членів УНР.

За активну проукраїнську позицію 23 лютого 1943 року есесівські посіпаки заарештовують Петра і Ганну Рощинських і того ж дня розстрілюють на подвір'ї Кременецької тюрми.

Працюючи лікарем у Володимирі Волинської області в 1931 році до членів УЛТ приєднався Арсен Річинський, громадський, політичний та церковний діяч, композитор, фотограф, краєзнавець, основоположник української етнології релігії. Народився він 12 червня 1892 року у с. Тетильківці Кременецького повіту. Навчався у Кременці в духовному училищі.

В Кременці працює медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського, де створено музей, встановлено меморіальну таблицю та пам'ятний знак. Меморіальну таблицю лікарю-просвітителю встановлено і в його родинному селі Тетильківці.

Отже, з історією міста Кременець міжвоєнного періоду пов'язані імена чотирьох членів Українського Лікарського Товариства 20-30-х років минулого століття: Василя Кархута, Петра та Ганни Рощинських і Арсена Річинського.

ДЕЯКІ КОНСТРУКТИВНІ ПРОПОЗИЦІЇ ДО КООРДИНАЦІЙНОЇ РАДИ ВУЛТ В СВІТЛІ ВИКЛИКІВ СЬОГОДЕННЯ І АКТУАЛЬНИХ ЗАПИТІВ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Гордієнко О.В., Етична Комісія ВУЛТ

Прошу членів Громадської Ради розглянути можливість перегляду (доповнення) місії та стратегічних завдань ВУЛТ розділом: Гуманістична ідеологія та соціально – економічна політика ВУЛТ (Гуманітарна безпека та розвиток людського потенціалу) в світлі викликів і запитів медичної практики сьогодення.

ОБГРУНТУВАННЯ:

Відомо, що Стратегічне завдання – МІСІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ – найбільш повне і якісне забезпечення та підтримка – фізичного – ментального та соціального здоров'я громадян країни (всіх верств населення). Створення для цього відповідних правових, організаційних та соціально – економічних передумов. Серед них і організація та належна підтримка діяльності достатньої і спроможної мережі медичних закладів різних форм власності.

ЗАВДАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ – підготовка і перманентне фахове вдосконалення достатньої кількості і якості медичних фахівців задля забезпечення якісного функціонування всієї мережі закладів.

ЗАВДАННЯ ВУЛТ – наповнення цієї мережі життям – забезпечення належних і достатніх умов (правових, організаційних, соціально – економічних та комунікативних) для забезпечення якісної та продуктивної роботи медичного персоналу та сприяння збереженню його фізичного – ментального – та соціального здолів'я та особистісному і професійному зростанню у сприятливому професійному середовищі. Тобто сприяння розвитку людського потенціалу та корпоративної культури.

Доцільно зауважити, що впродовж багатьох років системних трансформацій національної СОЗ (особливо від початку Супрунівських реформ з 2014, коли цілеспрямовано руйнувалось фінансове забезпечення державного та комунального сегменту; яке продовжилось у 2020 системною інфраструктурною руйнацією та переформатуванням всієї вторинної медичної допомоги комунального сегменту) всі соціально – економічні засади забезпечення медичної діяльності були грубо спотворені. Кількість, якість та доступність для населення медичних послуг цього сегменту була критично обмежена. Крім того величезна кількість медичного персоналу була скорочена без будь-яких соціальних гарантій з мізерним (нижче прожиткового мінімуму) пенсійним забезпеченням. Життя і здоров'я цілих верств населення залишилось поза увагою держави. Всім відомо, що НСЗУ покриває лише невелику частку реальних потреб населення, тому не може вважатись достатньо спроможним і відповідальним провайдером (державна монополія себе скомпроментувала).

Постає об'єктивна необхідність пошуку нових форм організації, комунікації, продуктивної партнерської взаємодії з паритетною участю у спів-фінансуванні усіх зацікавлених учасників (стейкхолдерів) державно – соціальної взаємодії у медичній сфері. В тому числі слід визнати і належним чином маніфестувати – суб'єктивувати, як повноправних стейкхолдерів (персоналізувати) медиків і пацієнтів, забезпечивши їм належні соціальні гарантії, відповідні до персональної участі у спів-фінансуванні. Всі канали фінансового паразитування та взаємного використання мають бути усунуті, переспрямовані на забезпечення компенсаторних механізмів.

Все це свідчить за те, що професійній організації ВУЛТ час почати проявляти свою соціальну зрілість і самодостатність (як КОМУНІКАТИВНОМУ СЕРЦЮ ПОТУЖНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ КОРПОРАЦІЇ) – переглядати свою МІСЦЮ і вибудовувати власну СОЦІАЛЬНО – ЕКОНОМІЧНУ стратегію, беручи на себе додатково ті функції та гарантії, які не забезпечує, або лише частково забезпечує держава. Навчати фахівців та реалізовувати на рівні медичних закладів професійне медичне самоврядування як якісне доповнення адміністративного управління (друге крило професійної самореалізації).

Як приклад, я пропоную Професійний збір (зазначений в законі) зробити щомісячним і абсолютно прозорим і керованим самим медиком та відповідальним посадовцем та адресним (під забезпечення конкретних страхових зобов'язань: -спів оплата професійного навчання + персональне медичне страхування+ персональне соціальне страхування+ юридична

підтримка і захист за потребою). Нічого зайвого- все зафіксовано у персональній угоді і зараховано на особисту картку (як зарплатна). Власник контролює свої внески і видатки. Це персональна «подушка захисту» або «рятівне коло» на випадок різних життєвих обставин.

А для пацієнтів в межах територіального мед закладу можна запровадити додаткову добровільну опцію «подяка лікарю»: 1/3 суми іде на картку лікаря, 1/3 на персональне добровільне страхування пацієнта в межах цього закладу, 1/3 – на розвиток закладу (відділення). Таким чином формуються і солідаризуються невеличкі фінансові потічки, які в сукупності покращують фінансовий стан всіх стейкхолдерів.

Я пропоную поступово почати впроваджувати деякі ініціативи та інновації самоврядних медичних колективів та пацієнтської спільноти, стимулюючи таким чином їх до об'єднання та спільного творення простору довіри і співпраці в медичних установах.

Паралельно з цим, я пропоную на інформаційних джерелах ПЦР організувати щомісячну «ШКОЛУ ПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ» для регіональних осередків ВУЛТ. На цих зустрічах знайомити активістів з місією, гуманістичною ідеологією, соціально – економічною політикою та напрацьованим позитивним досвідом ВУЛТ, знайомитись з досвідом, інноваціями та потребами регіонів, що зміцнюватиме престижність і довіру в організації та відкриватиме соціальні ліфти для регіональних лідерів.

Прошу прийняти до уваги мої міркування. Можливо частина з них виявляться слухними і допоміжними.

З повагою і вдячністю Олена Гордієнко – представниця Етичної Комісії ВУЛТ, Червень 2025

УКРАЇНІЗАЦІЯ В ОСВІТІ ТА НАУЦІ: ТЕРНИСТИЙ ШЛЯХ СПІЛКИ ВИЗВОЛЕННЯ УКРАЇНИ

Мойсеєнко В.О., Никула Д.Т.

*м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київський міжнародний університет*

Під егідою Музеїв видатних діячів української культури Лесі Українки, Миколи Лисенка, Панаса Саксаганського, Михайла Старицького, інституту української археографії та джерелознавства ім. М.С. Грушевського НАН України, Національного історико-меморіального заповідника «Биківнянські могили», Галузевого Державного архіву Служби безпеки України 5 червня 2025 року відбулася Всеукраїнська наукова конференція «СВУ: пролог Великого терору». Серед піднятих питань: процес СВУ: історіографія, джерельна база, проблеми дослідження; фальсифікація справи «Спілка визволення України»: роль влади та її репресивних органів; «СВУ: особистості, доля, спадщина; наслідки процесу

СВУ для українських культурних і науково-освітніх інституцій; справа СВУ: регіональний вимір; процес СВУ у засобах масової інформації; українська політична еміграція про процес СВУ та його наслідки. Спілка визволення України (СВУ) - вигадана органами Державного політичного управління Української РСР, що підпорядковувався Народному комісаріату внутрішніх справ (НКВС) УСРР - організація, що нібито існувала від 1926 і об'єднувала навколо себе антирадянськи налаштовану інтелігенцію. Створення СВУ пов'язують з однойменною емігрантською УНР-організацією, яка ставила за мету повалення радянської влади в Україні шляхом збройного повстання за допомогою іноземних держав. СВУ мала окремі секції (академічну, шкільну, педагогічну, медичну), філії у містах і молодіжну секцію - Спілку української молоді. Основними діючими особами на показовому судовому процесі, що проходив у Харківському оперному театрі від 9 березня до 19 квітня 1930р., були 45 осіб, серед них – віце-президент Всеукраїнської академії наук, міністри, науковці, мовознавці, перекладачі, письменники. Всього, під час та після процесу СВУ заарештовано, розстріляно або заслано понад 30 тис. осіб.

МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ І ВУЛТ

Кравченко В.Г., Полтава

Медична термінологія узагальнює комплекс різноманітних понять, осмислень загальноприйнятих професійних дефініцій. Дефініція, згідно тлумачного словника, це стисле логічне визначення, що містить у собі найбільш істотні ознаки визначуваного поняття. Вона характеризується усталеним і загальноприйнятим означенням слова-поняття, явища, події, стану тощо, яке зазвичай з плином часу стає звичним і загальнозрозумілим терміном. Будь-яка галузь науки і техніки потребує термінологічної лексики. Її арсенал розвивається, як правило, водночас із конкретною наукою. Медицина не є виключенням і дослідники зазначають, що в розвитку медичної термінології спостерігаються ті ж самі тенденції, що існують у термінології взагалі. Термінологія є молодого наукою, офіційно започаткованою лише наприкінці ХІХ – початку ХХ ст. Само слово «термін» вперше з'явилося в 1876 році в Німеччині. До речі, це слово в даній країні використовується і нині, хоча в нього вкладається переважно дещо інший сенс, оскільки здебільшого виражає дату призначення відвідування пацієнтом лікаря.

Як сукупність назв на позначення предметів та явищ, пов'язаних з людським тілом, хворобами, лікуванням, медична термінологія почала своє існування значно раніше, ніж дефініція «термінологія» як наука. Її початки на староруських теренах сягають у прадавні часи. Зародження медичної термінології – звичайно, у іншому вигляді, ніж сьогодні – спостерігалось поряд із зародженням медицини, яка вважається однією з найдавніших наук. Пласт медичної народної лексики є одним з самих давніх в мові. Із запровадженням

«Руської правди» ще у XI сторіччі почали використовуватися еквіваленти сучасним: рана, синець, перелом, насилля, кисть та інші, оскільки для здійснення судочинства треба було виявити та дати назву пошкодженням, котрі було заподіяно потерпілому та які могли спричинити його хворобу чи смерть. Анатомічні назви (рука, нога, хребет, голова та інші) виникли, мабуть, ще раніше, оскільки служили для означення понять, які фізично існували для людини завжди. Мова йшла, насамперед, про те, що існуючому явищу необхідно було підібрати назву, котра б його характеризувала. Прості однослівні назви підбирались або утворювались на основі вже існуючого словникового запасу. Звичайно, в той час ще не йшлося про термін у науковому розумінні як одиницю історично сформованої термінологічної системи, що визначає поняття та його місце в системі інших понять, що служить для спілкування людей, пов'язаних єдністю спеціалізації, належить до словникового складу мови та підпорядковується її законам. Розвиток української медичної термінології, як і української термінології взагалі, відбувався хвилеподібно, зазнавав піднесення та спади, що пояснюється позамовними, а саме суспільно-політичними причинами. Заборона української мови як засобу літературного спілкування затримувала її стильову диференціацію, а водночас і формування термінологічного фонду. Розвиток української мови (а відповідно і термінології) на власній етнічно-мовній основі найбільше гальмували недержавний статус рідної мови та територіальна роз'єднаність України. Утиснення та заборони української мови в цілому, звичайно, не сприяли розвитку як мови, так і термінології, що гальмувало українську науку та освіту, оскільки було неможливо повноцінно займатися розробкою термінологічної лексики, створенням відповідних словників, підручників, проводити фахову підготовку спеціалістів українською мовою.

За останні десятиріччя термінологія у медичній галузі України зазнала помітного розвитку у порівнянні з радянськими часами, хоча, залишається ще багато питань, вартих дискусій стосовно вживання окремих термінів та терміносполучень.

Українській медичній термінології і терміновживанню в значній мірі сприяло отримання Незалежності держави в 1991 році. Визначною подією в житті медичної громадськості України стало відновлення в 1990 році статусу Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ), а в 1991 році - проведення в Івано-Франківську Першого Європейського Конгресу українських лікарських товариств за участі потужних представництв українських лікарів і діячів медицини Північної Америки, Польщі, Болгарії, Австрії і інших зарубіжних країн. На Конгресі обговорювались актуальні питання діяльності українських лікарів світу та оптимізації їх діяльності, розширення сфери вживання української мови в вищих і середніх медичних навчальних закладах України тощо. На даний момент проведено уже 19 з'їздів ВУЛТ і багато Конгресів Світової федерації українських лікарських товариств. При ВУЛТ створена спеціальна Історико-термінологічна комісія (керівник - доктор Нечаїв С.В.).

Припинення систематичного гальмування, а то і відвертої руйнації та стримування творчого ентузіазму народу шляхом звинувачення в «націоналізмі, народництві» дало можливість плідного етапу творення національної наукової термінології та спрямування до розходження з російською термінологією. За короткий час було створено чимало спеціалізованих словників і глосаріїв для медичної галузі, а прийняття Закону про державну мову зумовили перехід навчальних закладів освіти на українську, як державну мову, що супроводжується впровадження українських медичних термінів, які стали активно використовуватися у наукових дослідженнях, медичних і фармацевтичних закладах, освітніх установах. Проте, медичне термінотворення останніми роками у зв'язку з військовою агресією РФ дещо уповільнилося. І це відбувається за паралельної активації діяльності вітчизняних лінгвістів та подальшого розвитку загального українського словотворення. В даній царині заслуговує на похвалу наполеглива плідна праця Інституту української мови, колективів педагогічних вишів і загалом вітчизняних лінгвістів, причетних до цієї важливої роботи. Свідченням є видання інститутом «Термінологічного вісника» з висвітленням питань україномовної термінології з охопленням значної кількості друкованих праць із різних суспільно значущих галузей життя країни. Такі праці не тільки урізноманітнюють вітчизняну лексичну базу, а й ілюструють багатство української мови. Тут інколи зустрічаються також праці медичного спрямування.

Потужним напрямком поліпшення термінологічної роботи медиків і фармацевтів вважаю добре сплановану і координовану співпрацю представників цих галузей під проводом ВУЛТ. За нас, медиків і фармацевтів ніхто цієї роботи не виконає! Це наш обов'язок і честь... Це наша царина і відповідальність перед народом, який ми представляємо... Дуже важливим у цій справі є долучення лінгвістів, у першу чергу спеціалістів Інституту української мови і кафедр української мови вишів! Отже, роботи в цьому напрямі чимало і вона не тільки актуальна, а і на часі. По-моєму, до снаги ВУЛТ організувати спеціальну групу спеціалістів. Це забезпечить поширення терміновживання не тільки шляхом відповідних корекцій, наприклад, інструкцій до фармакологічних препаратів, а і при підготовці нових поколінь лікарів, медиків середньої ланки, провізорів та фармацевтів. Нам здається, що одним із варіантів діяльності ВУЛТ у напрямі інтенсифікації медичного словотворення і ідентифікації окремих медичних понять національною мовою могли би служити налагодження диспутів лікарів різних галузей медицини. Важлива організація міжгалузевих конференцій, присвячених питанням стимуляції національного медичного термінотворення. Саме в колі спеціалізованих професійних організацій криється невичерпний резерв словотворення і слововживання і не використати його, здається, вкрай хибним. Звичайно, потрібна повсякчасна стимуляція відповідних асоціацій медиків, наполегливі рекомендації обов'язкового включення відповідних тем в програми з'їздів, конференцій і інших форумів. В цьому є можливість і потреба налагодити безпосередній контакт з медичними і фармацевтичними асоціаціями

країни під егідою ВУЛТ! Справа не із простих, але актуальність належить загострити і залучати до співпраці більш широке коло професійної спільноти. Адже це є одним із декларованих прагнень до лікарського самоврядування, так ревно і наполегливо трансльоване керівництвом ВУЛТ як головна задача. Запрошуємо медиків і фармацевтів прийняти участь в обговоренні порушеного питання.

ІНФОРМАЦІЙНІ ДЖЕРЕЛА:

1. ГАВРИШ І. Українська наукова мова: проблеми і перспективи розвитку. - Українська термінологія і сучасність, Київ, НАН України, 1998, с. 60-62.
2. КИЦЕРА О. До питання унормування української медичної термінології. - Українська термінологія і сучасність, Київ, КНЕУ, 2005, вип. VI., с. 164-167.
3. КРАВЧЕНКО В.Г. Шкірні та венеричні хвороби. Підручник для студентів вищих медичних начальних закладів. - Київ, «Здоров'я», 1995, 293 с., передмова автора.
4. НЕЧАЇВ С. Деякі проблеми української медичної термінології. - Українська термінологія і сучасність. 2007, Київ, КНЕУ, вип. VII, с. 333.
5. ОРЕШКО О. УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ (розвиток і сучасний стан), Oreshko O. Diplomová práce, Brno, 2010, 146 с.
6. ПЕРХАЧ Р.-Ю. Т. Термінологія в інструкціях до медичних препаратів: лінгвокогнітивний та лінгвокультурний аспекти. Автореф. дис. канд. філол. наук, Львів, 2017.
7. ПИРІГ Л. Сучасні реалії творення, удосконалення, сприйняття і використання української медичної термінології. - Українська термінологія і сучасність. 1997, Київ, НАН України, с. 32-33.
8. САДІВНИЧИЙ Володимир. Перші україномовні спеціалізовані медичні журнали Наддніпрянської України: проблемно-тематичні аспекти. - Вісник Львівського університету, 2014, с. 292-299.
9. СИМОНЕНКО Л. О. Українська наукова термінологія: стан та перспективи розвитку-Українська термінологія і сучасність, 2001, Київ, КНЕУ, вип. IV, с. 3-8.

НЕОБХІДНІСТЬ НІМЕЦЬКО-УКРАЇНСЬКОГО МЕДИЧНОГО СЛОВНИКА

Станіслав НЕЧАЇВ, голова Історико-Термінологічної Комісії ВУЛТ

Зараз, коли уже понад три роки йде нова москвинсько-українська війна з нашим віковичним ворогом, і мільйони українців (переважно жінки з дітьми та пенсіонери) опинилися за межами Батьківщини, особливо нагальною є задача збереження та розвитку української мови. На надважливість цього вказують дії москвинів, які відразу після захоплення наших міст і сіл жорстко і жорстоко забороняють українську мову! А ми й за більш як тридцять років нашої нової Незалежності вкотре не спромоглися зробити щось симетричне. Тому, коли ми звільнимо усі наші історичні українські землі, включно з Курщиною,

Білгородщиною, Вороніжчиною та Кубанню, від східних дикунів, у нас повинна уже бути високорозвинена, особливо в термінологічному вимірі, українська мова, а не той суржик Української ССР, який дістався нам від мертвого ССРСР. І одним із дороговказів на цьому шляху деколонізації нашої мови може, і повинен, слугувати приклад високорозвинутої німецької медичної термінології.

Крім того, ця робота над лікарським називництвом, переслідує також і практичну мету допомогти нашим співгромадянам у Німеччині (яких уже понад мільйон, і більшість із них потенційні пацієнти), зрозуміти довжелезні німецькі делатинізовані медичні терміни.

Німецько-український медичний словник дозволить також звільнити українців од трьохсотлітнього москвинського засилля у Німеччині на всіх рівнях взагалі і на медичному зокрема, яке систематично планомірно культивувалось від Петра Первава до Владіміра Путіна (сподіватимемося, що «Паследнева»).

Силами Історико-термінологічної комісії Всеукраїнського Лікарського Товариства уже укладено Німецько-український та Українсько-німецький медичні словнички, але робота триває, аби з часом видати великий Німецько-український медичний словник та зворотній до нього.

Як приклад труднощів для чужинців (але не для німців, бо для них якраз делатинізовані медичні терміни дуже зрозумілі!) варто навести деякі з них щодо:

1. назов лікарів:

Augenarzt m очник, околікар, очнолікар, очний лікар, окуліст, офтальмолог.

Frauenarzt m жіночник, жінколікар, жіночолікар, жіночий лікар, гінеколог.

Nals-Nasen-Ohren-Arzt m вухогорлоніс, оториноларинголог.

Hautarzt m шкірник, шкіролікар, дерматолог.

Zahnarzt m зубник, зуболікар, зубний лікар, дантист, стоматолог.

2. назов запалень:

Darmentzündung f ентерит.

Gelenkentzündung f артрит.

Hautentzündung f дерматит.

Herzentzündung f кардит.

Nierenentzündung f нефрит.

Ohrentzündung f отит.

3. назов пухлин:

Drüsengeschwulst f аденома.

Fettgeschwulst f ліпома.

Horngeschwulst f кератома.

4. назов хворіб:

Geschlechtskrankheit f венерична хвороба.

Gallensteinkrankheit f холелітіаз.

Nierensteinkrankheit f нефролітіаз.

Схоже, що німці також можуть нас навчити як нам краще удосконалити українську рідномовну медичну термінологію (лікарське називництво).

Як сказав Великий Тарас: «І чужому научайтесь, й свого не цурайтесь!».

ІСТОРІЯ УЛТ У ЛЬВОВІ. ПОГЛЯД НА МИНУЛЕ З ФОКУСОМ НА МАЙБУТНЄ

м. Львів, Петровський Б.В ,лікар , Голова Українського Лікарського Товариства у Львові

«Історія - це ліхтар у майбутнє який світить нам із минулого». Власне історія заснування та діяльності Українського Лікарського Товариства від 1910 року до сьогодні має незмінну мету – піклування про здоров'я українського народу, захист професійних інтересів та піднесення знань українських лікарів. У 1939 році з приходом радянської влади , впровадженням компанії знищення української медичної еліти, науковців ,Товариство перестало існувати. В домівці УЛТ , совіти у 1960 році відкрили відділ інституту прикладних наук математики АН УРСР . У 1970 році -районний ЗАГС а у 1986 році - художній музей Антона Монастирського. Робилось все , щоб забути неповторних українських лікарів - докора і громадського діяча Мар'яна Панчишина, особистого лікаря митрополита Андрея Шептицького ,засновника охорони здоров'я Західної України який проживав з 1925 по 1943 роки у будинку, який передав УЛТ . Сьогодні це домівка УЛТ у Львові . Євгена Озаркевича який у 1910 році очолив «Руське лікарське товариство» - історична назва УЛТ .

УЛТ у Львові є чинним спадкоємцем традицій та ідеологій УЛТ яке діяло на теренах Галичини з 1910 по 1939 роки. На сучасному етапі, після відновлення у 1990 році , це самоврядна громадська організація , є складовою частиною Всеукраїнського Лікарського Товариства та Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. Товариство налічує 1125 членів , працює 70 осередків на базах лікувально профілактичних установ Львівщини. Продовжується видавництво медичного часопису « Народне здоров'я».

«Не можна повернути минуле але можна змінити майбутнє» Ми працюємо щоб зберегти історію та продовжити розвиток в реаліях сучасності. Але як громадській організації на сьогодні нам бракує фінансування. Ми вітаємо і запрошуємо до співпраці всіх хто дорожить Україною ,поділяє нашу думку та бажання.