

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ
КОНФЕРЕНЦІЙ ЧОРНОМОРСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**

№ 1(1), 2025

**Матеріали XXII Міжнародної наукової конференції
«ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2025: стратегії країн
Причорноморського регіону в геополітичному просторі»**

16-21 червня 2025 р., м. Миколаїв, Україна

**СЕРІЯ: ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

НАУКОВИЙ ЗБІРНИК

Заснований у 2025 році

Виходить 2 рази на рік



Миколаїв-2025

Засновано у 2025 році. Виходить 2 рази на рік.

Засновник і видавець:

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради:

Леонід Клименко – доктор технічних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, професор, в.о. ректора університету, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна).

Заступники голови:

Юрій Котляр – доктор історичних наук, професор, перший проректор, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Роман Дінжос – доктор технічних наук, професор, проректор з наукової роботи, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Володимир Ємельянов – доктор наук з державного управління, заслужений діяч науки і техніки України, професор, директор Навчально-наукового інституту публічного управління та адміністрування, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна).

Члени редакційної ради:

Світлана Белінська – доктор економічних наук, професор, декан факультету економічних наук, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Анжела Бойко – кандидат технічних наук, доцент кафедри комп'ютерної інженерії, декан факультету комп'ютерних наук, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Віталій Вербицький – кандидат історичних наук, доцент, в.о. декана факультету фізичного виховання і спорту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Олена Кузнецова – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, управління і педагогіки, в.о. директора Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Ганна Норд – доктор економічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту післядипломної освіти, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Дмитро Січко – кандидат юридичних наук, доцент, декан юридичного факультету, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Анастасія Хмель – кандидат історичних наук, доцент, декан факультету політичних наук, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна);

Людмила Шерстюк – кандидат педагогічних наук, доцент, в.о. декана факультету філології, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна).

**Свідоцтво про реєстрацію
друкованого засобу
масової інформації:**
Серія, номер R30-05946
від 27.03.2025 року

*Рекомендовано до друку та
поширення мережею
рішенням Вченої ради ЧНУ
№ 5 від 29.05.2025 р.*

Мови видання:
українська, англійська,
мови ЄС

Електронна версія:
[//mspc.mk.ua](https://mspc.mk.ua)

Адреса редакції:
м. Миколаїв,
вул. 68 Десантників, 10,
54003
Тел.: 8 (0512) 76-55-99,
8 (0512) 76-55-81.
факс 50-00-69, 50-03-33
E-mail: rvv@chmnu.edu.ua

М 32 Матеріали науково-практичних конференцій Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Серія: Охорона здоров'я та соціальне забезпечення : Ольвійський форум – 2025 : стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі : XXII міжнар. наук. конф. 16-22 черв. 2025 р., м. Миколаїв : матеріали конф. / М-во освіти і науки України ; ЧНУ імені Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2025. – 168 с.

УДК 004+3+62+7/9]:001.891](477)(06)

**MATERIALS OF THE SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
OF PETRO MOGYLA BLACK SEA
NATIONAL UNIVERSITY**

№ 1(1), 2025

**Materials of the XXII International Scientific Conference
«Olbia Forum – 2025: strategies of the countries of the Black
Sea region in the geopolitical space»**

June 16-22, 2025, Mykolaiv, Ukraine

SERIES: HEALTHCARE AND SOCIAL SECURITY

SCIENTIFIC COLLECTION

Founded in 2025

Published 2 times a year



Mykolaiv-2025

Founded in 2025. It is published 2 times a year.
Founder and publisher:
Petro Mohyla Black Sea National University

EDITORIAL COUNCIL

Chairman of the Editorial Board:

Leonid Klymenko - Doctor of Technical Sciences, Professor, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Professor, Acting Rector of the University, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine).

Deputy Chairmen:

Yurii Kotliar - Doctor of History, Professor, First Vice-Rector, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Roman Dinzhos - Doctor of Technical Sciences, Professor, Vice-Rector for Research, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Volodymyr Yemelianov - Doctor of Science in Public Administration, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Professor, Director of the Educational and Research Institute of Public Administration and Management, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine).

Members of the Editorial Board:

Svitlana Belinska - Doctor of Economics, Professor, Dean of the Faculty of Economics, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Anzhela Boyko - PhD in Engineering, Associate Professor of the Department of Computer Engineering, Dean of the Faculty of Computer Science, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Vitalii Verbytskyi - PhD in History, Associate Professor, Acting Dean of the Faculty of Physical Education and Sports, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Olena Kuznetsova - PhD in Pedagogy, Associate Professor of the Department of Social Work, Management and Pedagogy, Acting Director of the Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Hanna Nord - Doctor of Economics, Professor, Director of the Educational and Research Institute of Postgraduate Education, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Dmytro Sichko - PhD in Law, Associate Professor, Dean of the Faculty of Law, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Anastasiia Khmel - PhD in History, Associate Professor, Dean of the Faculty of Political Science, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine);

Liudmyla Sherstiuk - PhD in Pedagogy, Associate Professor, Acting Dean of the Faculty of Philology, Petro Mohyla Black Sea National University (Mykolaiv, Ukraine).

The conference is registered in the catalog of international conferences in Academic Resource Index / Research Bib.

The conference is registered in UkrNTI №358 dated April 07, 2025.

Identifier in the Register of Subjects in the Media Sector:
R30-05946 (Decision of the National Council of Ukraine on Television and Radio Broadcasting No. 656 dated March 27, 2025).

Recommended for publication by the decision of the Academic Council of Petro Mohyla Black Sea National University (protocol № 5, 29.05.2025).

Languages of the publication:
Ukrainian, English,
EU languages

Electronic version:
[//mspc.mk.ua](https://mspc.mk.ua)

Editorial address:
Mykolaiv,
10 Desantnykov St., 68, 54003
tel.: 8 (0512) 76-55-99,
8 (0512) 76-55-81.
fax: 50-00-69, 50-03-33
e-mail: rvv@chmnu.edu.ua

M 32 Materials of scientific and practical conferences of the Petro Mohyla Black Sea National University. Series: Healthcare and social security : Olbia Forum – 2025: strategies of the countries of the Black Sea region in the geopolitical space: XXII int. scientific conf. June 16-22, 2025, Mykolaiv: materials of the conf. / Ministry of Education and Science of Ukraine; Petro Mohyla Black Sea National University. – Mykolaiv: Publishing house of Petro Mohyla Black Sea National University, 2025. – 168 p.

UDC 004+3+62+7/9]:001.891](477)(06)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ
СЕРІЯ: ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Головний редактор:

Олена Кузнецова кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, директор Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Заступники головного редактора:

Микола Клименко доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Члени редакційної колегії:

Людмила Григор'єва доктор біологічних наук, професор, професор кафедри екології, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Максим Зак доктор медичних наук, професор, професор кафедри терапевтичних дисциплін, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Наталія Савінова доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної роботи, управління і педагогіки, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Валерій Черно доктор медичних наук, професор, професор кафедри анатомії, патоморфології та судової медицини, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Олександр Шмалько кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Олег Чернишов кандидат медичних наук, доцент (б.в.з.) кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

Відповідальний секретар:

Юрій Фролов доктор філософії з управління, старший викладач кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики, Чорноморський національний університет імені Петра Могили (м. Миколаїв, Україна)

EDITORIAL BOARD
SERIES: HEALTHCARE AND SOCIAL SECURITY

Editor-in-Chief:

Olena Kuznetsova PhD in Pedagogy, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Director of the Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Deputy editors-in-chief:

Mykola Klymenko Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Members of the editorial board:

Liudmyla Hryhorieva Doctor of Biology, Professor, Professor of the Department of Ecology, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Maksym Zak Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Therapeutic Disciplines, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Nataliia Savinova Doctor of Pedagogical Sciences, Professor of the Department of Social Work, Management and Pedagogy, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Valerii Chernov Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Anatomy, Pathomorphology and Forensic Medicine, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Oleksandr Shmalko PhD in Pharmacy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmacy, Pharmacology, Medical, Bioorganic and Biological Chemistry, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Oleh Chernyshov Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (w.a.r.) of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

Executive Secretary:

Yurii Frolov Doctor of Philosophy in Management, Senior Lecturer at the Department of Hygiene, Social Medicine, Public Health and Medical Informatics, Petro Mohyla Black Sea National University, (Mykolaiv, Ukraine)

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	14
Марина Вікаренко СТАН КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ДРІБНИХ СУДИН.....	15
Анастасія Гаращенко ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	17
Роман Грицко, Оріся Грицко, Соломія Пеканець ЦИФРОВІ ІННОВАЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ: ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД.....	20
Максим Діскант, Олександр Невинський ХВОРОБА ГОШЕ: СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ І ДІАГНОСТИКИ	25
Олена Дроботун ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК	30
Ірина Жук ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ ПОЛІМЕРНОЇ МОДЕЛІ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ НА ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТАХ.....	34
Юлія Жукова ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ У ЖІНОК ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА.....	39
Тетяна Захаріна, Надія Чернуха ПРОБЛЕМИ ТА СТРАТЕГІЧНІ ОРІЄНТИРИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ ВЕТЕРАНСЬКОГО РОЗВИТКУ	41
Лада Захарова ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ	45
Микола Клименко НОВЕ В ДОСЛІДЖЕННІ НИЗЬКОСТУПЕНЕВОГО ЗАПАЛЕННЯ	48

Олександр Козій ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ <i>Rutilus rutilus</i>: НАСЛІДКИ ТЕХНОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ	50
Ольга Корольова, Марія Шмігельська ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ <i>NAKASEOMYCES GLABRATUS</i>, КОМПОНЕНТА МІКРОБІОМА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК	53
Олена Кузнецова ІНТЕГРАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ В ПРАКТИКУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВИКЛИКИ	57
Світлана Мельничук, Леонід Шульга СУЧАСНИЙ СТАН ВІТЧИЗНЯНОГО ПРИРОДНО-ЗАПОВІДНОГО ФОНДУ У ЗОНІ ОКУПАЦІЇ ТА АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ	61
Арсен Мовсесян, Максим Зак ОСОБЛИВОСТІ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА	65
Анна Овечко, Максим Зак ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ТА ОЖИРІННЯ: ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ	69
Лариса Патрушева ЗМІНА ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМУ В ПІВНІЧНОМУ ПРИЧОРНОМОР'І ЯК ІНДИКАТОР РЕГІОНАЛЬНОЇ КЛІМАТИЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	72
Дмитро Рожанський, Максим Зак КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ СПРИЧИНЕНА КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ	77
Наталія Савінова, Марія Берегова МЕТОДИКА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ООП В УМОВАХ ІНКЛЮЗІЇ	80
Дар'я Санькова, Олександр Невинський ВИВЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ АНТРАЛЬ	85
Мзія Свердлова, Владислав Марченко КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ	89
Світлана Сургова, Софія Лебедева ЕЙДЖИЗМ ЯК ФОРМА ДИСКРИМІНАЦІЇ ЗА ВІКОМ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС ТА СУЧАСНІ РЕАЛІЇ	93
Світлана Сургова, Єлизавета Своріна ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ІНКЛЮЗИВНОГО ТУРИЗМУ	97

Світлана Сургова, Анастасія Яковенко МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ДОМАШНЬОМУ НАСИЛЛЮ	100
Володимир Усов, Христина Шамрай ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НОВОЇ ГЕНЕРАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БЛЕФАРИТУ	103
Олена Файчук, Анна Баранова ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД КРИВДНИКА У ЖЕРТВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	107
Олена Файчук, Тетяна Гроссеу АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПОДОЛАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	110
Олена Файчук, Яна Дворак ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТА ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА ПІД ЧАС ВІЙНИ	114
Олена Файчук, Єлизавета Тітова ДОСВІД РОБОТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ СЛУЖБ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА НАСИЛЬСТВА ЗА ОЗНАКОЮ СТАТІ (НА ПРИКЛАДІ МИКОЛАЇВСЬКОГО МІСЬКОГО ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ	117
Олена Файчук, Альона Черевата ТРАДИЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СЛУЖІННЯ В УКРАЇНІ: ІСТОРИКО-КУЛЬТУРНИЙ АНАЛІЗ	121
Олена Файчук, Маргарита Шумілова СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛУЧЕННЯ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	124
Юрій Фролов, Андрій Горбань ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	127
Лариса Чеботар, Олена Ларичева, Вікторія Пшиченко ВПЛИВ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ НА РІВЕНЬ ЗАХИСНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ ШЛУНКУ ЩУРІВ НА ТЛІ СВІТЛОВОГО ДЕСИНХРОЗУ	131
Олег Чернишов, Андрій Громко СОМАТОФОРМНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ	134

Олег Чернишов, Вікторія Дробот СТРЕСАСОЦІЙОВАНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В УКРАЇНІ: ПОШИРЕНІСТЬ, ВПЛИВ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ	136
Олег Чернишов, Ігор Хомуленко НАСЛІДКИ COVID-19 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	139
Валерій Черно, Дмитро Зюзін, Ігор Береза РОЛЬ ВНУТРІШНЬОПАЗУШНИХ УТВОРЕНЬ У ЦИРКУЛЯЦІЇ КРОВІ ТА ЛІКВОРУ В ГОЛОВНОМУ МОЗКУ	141
Руслан Чубук, Каміла Горемикіна СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОМОФОБІЇ В КОНТЕКСТІ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	146
Руслан Чубук, Лілія Кухаренко ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДИСТАНТНИМИ СІМ'ЯМИ	150
Денис Храмцов, Юрій Ворохта, Катерина Мороховська МЕДИКАМЕНТОЗНІ ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ ПІДХОДИ ДО ВПЛИВУ НА МАЛЬДАПТИВНУ НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ	154
Наталія Яковенко, Ігор Хомуленко ВІТРИНА ВІСПА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, НАСЛІДКИ ДЛЯ ПЛОДУ	158
Ольга Яремчук, Марія Бут ПРОГНОЗ РИЗИКУ СЕРЦЕВОГО НАПАДУ З ВИКОРИСТАННЯМ WEKA	161
Liliia Muntian VIRTUAL AND AUGMENTED REALITY IN THE EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS	164

CONTENTS

HEALTHCARE AND SOCIAL SECURITY	14
Maryna Vikarenko COGNITIVE STATUS IN PATIENTS WITH SMALL VESSEL DISEASE	15
Anastasiia Harashchenko PENSION PROVISION AS A KEY ELEMENT OF SOCIAL POLICY TOWARDS THE ELDERLY	17
Roman Grytsko, Orysia Grytsko, Solomiya Pekanets DIGITAL INNOVATIONS IN REHABILITATION MEDICINE: AN OVERVIEW	20
Maksym Diskant, Oleksandr Nevynskyi GAUSCH DISEASE: CURRENT PROBLEMS OF TREATMENT AND DIAGNOSIS	25
Olena Drobotun PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE COMPLEX REHABILITATION OF PEOPLE WITH LIMB AMPUTATION.....	30
Iryna Zhuk EXPERIMENTAL STUDY OF THE DEFORMED STATE OF A POLYMERIC JAW MODEL DURING PROSTHETICS ON INTRAOSSEOUS IMPLANTS	34
Yuliia Zhukova IMPACT OF OBESITY ON FUNCTIONAL RECOVERY IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL INFARCTION	39
Tetiana Zakharina, Nadiia Chernukha PROBLEMS AND STRATEGIC GUIDELINES OF TRAINING OF VETERAN SUPPORT SPECIALISTS IN VETERAN DEVELOPMENT CENTERS	41
Lada Zakharova PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF TRAINING OF PHYSICAL THERAPISTS.....	45
Mykola Klymenko NEW IN LOW-GRADE INFLAMMATION RESEARCH	48

Olexandr Koziy LIVER FIBROSIS <i>Rutilus rutilus</i>: CONSEQUENCES OF TECHNOGENIC LOAD IN CONDITIONS OF FULL-SCALE WAR	50
Olga Korolyova, Mariia Shmihelska VARIABILITY OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF <i>NAKASEOMYCES GLABRATUS</i>, A COMPONENT OF THE MUCOSAL MICROBIOME	53
Olena Kuznetsova INTEGRATION OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING INTO SOCIAL WORK PRACTICE: CURRENT TRENDS AND CHALLENGES	57
Svitlana Melnychuk, Leonid Shulha CURRENT STATUS OF THE NATIONAL NATURE RESERVE FUND IN THE ZONE OF OCCUPATION AND ACTIVE COMBAT OPERATIONS	61
Arsen Movsesyan, Maksym Zak FEATURES AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME	65
Anna Ovechko, Maksym Zak CHRONIC DERMATOSES AND OBESITY: COMORBIDITY ISSUES	69
Patruseva Larysa CHANGE OF TEMPERATURE REGIME IN THE NORTHERN BLACK SEA REGION AS AN INDICATOR OF REGIONAL CLIMATE TRANSFORMATION	72
Dmytro Rozhanskyi, Maxim Zak BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY COLORECTAL CANCER	77
Nataliia Savinova, Mariia Berehova METHODOLOGY OF TRAINING STUDENTS FOR PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL SUPPORT OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN INCLUSIVE SETTINGS	80
Daria Sankova, Oleksandr Nevynskyi STUDYING THE STABILITY OF THE DRUG ANTRAL	85
Mzia Sverdlova, Vladyslav Marchenko CRITERIA FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF JAUNDICES	89
Svetlana Surgova, Sofiia Lebedieva AGEISM AS A FORM OF AGE DISCRIMINATION: HISTORICAL REVIEW AND CURRENT REALITIES	93
Svetlana Surgova, Svorina Yelyzaveta INTERNATIONAL EXPERIENCE OF INCLUSIVE TOURISM	97

Svetlana Surgova, Anastasia Yakovenko INTERNATIONAL LEGAL MECHANISMS FOR PREVENTION AND COUNTERACTION TO DOMESTIC VIOLENCE	100
Volodymyr Usov, Khrystyna Shamrai PROSPECTS OF USING NEW GENERATION DRUGS IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF BLEPHARITIS	103
Olena Faichuk, Anna Baranova PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF DEPENDENT BEHAVIOR TOWARDS THE OFFENDER IN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE	107
Olena Faichuk, Tetiana Hrossu ART THERAPY AS A METHOD OF OVERCOMING PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN CHILDREN DURING WAR	110
Olena Faichuk, Yana Dvorak CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE DURING WAR	114
Olena Faichuk, Yelyzaveta Titova THE EXPERIENCE OF SPECIALISED SUPPORT SERVICES FOR VICTIMS OF DOMESTIC AND GENDER-BASED VIOLENCE (BASED ON THE EXAMPLE OF THE MYKOLAIV CITY CENTRE OF SOCIAL SERVICES)	117
Olena Faichuk, Alona Cherevata TRADITIONS OF SOCIAL SERVICE IN UKRAINE: A HISTORICAL AND CULTURAL ANALYSIS	121
Olena Faichuk, Margarita Shumilova SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIVORCE IN MODERN SOCIETY	124
Yuriy Frolov, Andrii Horban USE OF SIMULATION TECHNOLOGIES DURING THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS	127
Larysa Chebotar, Olena Larycheva, Victiria Pshychenko INFLUENCE OF IMMOBILIZATION STRESS ON THE LEVEL OF PROTECTIVE ANTIOXIDANT SYSTEMS OF THE RAT STOMACH AGAINST THE BACKGROUND OF LIGHT DESYNCHRONIZATION	131
Oleg Chernyshov, Andrii Gromko SOMATOFORM PAIN SYNDROME. FEATURES OF DIAGNOSIS AND THERAPY	134

Oleg Chernyshov, Viktoriia Drobot STRESS-ASSOCIATED MENTAL DISORDERS IN UKRAINE: PREVALENCE, IMPACT, AND WAYS OF OVERCOMING	136
Oleg Chernyshov, Igor Khomulenko CONSEQUENCES OF COVID-19 IN PATIENTS WITH CHRONIC MENTAL DISORDERS	139
Valerii Chernov, Dmytro Zyuzin, Igor Bereza THE ROLE OF INTRA-SINOUS FORMATIONS IN THE CIRCULATION OF BLOOD AND CSF IN THE CRAN	141
Ruslan Chubuk, Kamila Horemykina SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HOMOPHOBIA IN A MODERN TRANSFORMATIONAL SOCIETY	146
Ruslan Chubuk, Liliia Kukhareno THEORETICAL BASIS OF SOCIAL WORK WITH DISTANCE FAMILIES	150
Denys Khramtsov, Yurii Vorokhta, Kateryna Morokhovska PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL APPROACHES TO MODULATING MALADAPTIVE NEUROPLASTICITY	154
Nataliia Iakovenko, Igor Khomulenko CHICKENPOX IN PREGNANCY: COURSE CHARACTERISTICS, CONSEQUENCES FOR THE FETUS	158
Olga Yaremchuk, Mariia But HEART ATTACK RISK PREDICTION WITH WEKA	161
Liliia Muntian VIRTUAL AND AUGMENTED REALITY IN THE EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS	164

Розділ
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
ТА СОЦІАЛЬНЕ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Section
HEALTHCARE AND
SOCIAL SECURITY

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.01

Марина Вікаренко

СТАН КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ДРІБНИХ СУДИН

Тези представляють результати дослідження стану когнітивної сфери у пацієнтів із хворобою дрібних судин. Показана залежність функцій зниженням виконавчих функцій, пам'яті, швидкості обробки інформації від стану церебральної перфузії. Визначена роль транскраніальної ультрасонографії у скринінгу для виявлення пацієнтів з ризиком когнітивного погіршення.

Показано, що пульсативний індекс є доступним неінвазивним біомаркером цереброваскулярного резистентного навантаження. У пацієнтів із ХДС і когнітивними порушеннями регулярне вимірювання пульсативного індексу може допомогти в моніторингу прогресування захворювання.

Ключові слова: хвороба дрібних судин, когнітивні функції, транскраніальна ультрасонографія, діагностика, прогнозування

Стан когнітивної сфери у пацієнтів із хворобою дрібних судин (ХДС) зазвичай характеризується поступовим розвитком судинної когнітивної дисфункції. Цей стан є наслідком хронічного ураження білої речовини головного мозку, лакунарних інфарктів і мікрокрововиливів [1, 2]. Основні особливості когнітивного порушення при цій патології характеризуються брадіфренією, порушеннями виконавчих функцій та уваги. При хворобі дрібних судин спостерігається збереження пам'яті на ранніх етапах, епізодична пам'ять страждає менше, ніж при хворобі Альцгеймера. Порушення мовлення проявляється здебільшого у вигляді зниження темпу мовлення, а не афазії. Характерним є зниження мотивації – апатія, втрата інтересу, депресивні симптоми [1-3]. Втім, варіабельності клінічної картини та складності диференціальної діагностики роблять оцінку стану когнітивної сфери у пацієнтів з хворобою дрібних судин складним завданням.

Метою дослідження була оцінка стану когнітивної сфери у пацієнтів з хворобою дрібних судин.

Матеріал та методи. Дослідження виконане на базі клінічних підрозділів ЧНУ ім. Петра Могили (м. Миколаїв) у 2022-2024 рр. 50 пацієнтів похилого віку (старше 60 років) з ХДС, рандомізовано розподілених на дві клінічні групи в залежності від ультрасонографічних характеристик церебрального кровотоку (індекс пульсації у СМА до 1,2 (І група, n=18) та більше 1,2 (ІІ група n=32). У якості контролю обстежені 20 осіб старше 60 років без ХДС та мінімальними проявами цереброваскулярної хвороби.

Верифікація діагнозу ХДС проводилася за допомогою критеріїв STRIVE [4]. У всіх пацієнтів вивчалися скарги, клініко-анамнестичні характеристики, оцінювався неврологічний статус, в тому числі когнітивні функції за допомогою шкал MMSE [5], MoCA [6] та DAT [7]. Дослідження проведене з дотриманням біоетичних вимог [8]. Статистична обробка проведена методами варіаційної статистики за допомогою програмного забезпечення Statistica 14.1.25 (TIBCO, США) [9].

Результати: Середній вік пацієнтів І групи склав 69,4±1,3 років, ІІ групи – 68,5±1,0 років, ІІІ групи – 68,3±1,4 років. На помірні труднощі у виконанні повсякденних завдань скаржилися 61,1% пацієнтів І групи та 84,4% – ІІ групи ($\chi^2=3,42$ $p=0,06$). При оцінці когнітивних здатностей за шкалами MMSE, MoCA та DAT одержані результати, які свідчать про більш виражене зниження когніцій у пацієнтів ІІ групи (Таблиця 1).

Таблиця 1

Стан когнітивних функцій у пацієнтів різних клінічних груп

Шкали	І група (n=18)	ІІ група (n=32)	Контрольна група (n=20)
MMSE	24,2±1,4	22,7±0,8*	27,1±1,1
MoCA	23,6±1,8	21,8±0,7*	26,8±1,2
DAT	75,2±3,6	63,5±1,5*	77,9±2,2

Примітка: * - відмінності між групами є статистично значущими ($p<0,05$)

Таким чином, високий пульсативний індекс ($PI> 1,2-1,3$) свідчить про підвищений церебральний судинний опір і може вказувати на ригідність дрібних судин, ендотеліальну дисфункцію, зниження ауторегуляції мозкового

кровотоку. Підвищений ПІ асоціюється з гіршими результатами в когнітивних тестах (MoCA, MMSE), зниженням виконавчих функцій, пам'яті, швидкості обробки інформації

Висновки: 1. ПІ є доступним неінвазивним біомаркером цереброваскулярного резистентного навантаження.

2. У пацієнтів із ХДС і когнітивними порушеннями регулярне вимірювання ПІ може допомогти в моніторингу прогресування захворювання

References

1. van de Schraaf SAJ, Rhodius-Meester HFM, Aben L, Sizoo EM, Peters MJL, Trappenburg MC, Hertogh CPM, Klein M, Muller M. Slowing: A Vascular Geriatric Syndrome? J Am Med Dir Assoc. 2022 Jan;23(1):47-53.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2021.07.031. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34454919.
2. Zhu Z, Zeng Q, Zhang R, Luo X, Li K, Xu X, Zhang M, Yang Y, Huang P; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. White Matter Free Water Outperforms Cerebral Small Vessel Disease Total Score in Predicting Cognitive Decline in Persons with Mild Cognitive Impairment. J Alzheimers Dis. 2022;86(2):741-751. doi: 10.3233/JAD-215541. PMID: 35124653.
3. Salvadori E, Brambilla M, Maestri G, Nicotra A, Cova I, Pomati S, Pantoni L. The clinical profile of cerebral small vessel disease: Toward an evidence-based identification of cognitive markers. Alzheimers Dement. 2023 Jan;19(1):244-260. doi: 10.1002/alz.12650. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35362229; PMCID: PMC10084195.
4. Elmståhl S, Ellström K, Siennicki-Lantz A, Lätt J, Månsson S, Månsson T, Abul-Kasim K. Incidence of cerebral small vessel disease-related MR markers in the Swedish general population 'Good Aging in Skåne'(GÅS) study. J Neurol. 2024 Sep;271(9):5997-6003. doi: 10.1007/s00415-024-12562-3. Epub 2024 Jul 18. PMID: 39026021; PMCID: PMC11377661
5. Korotka shkala doslidzhennia psikhichnoho statusu, MMSE <https://mozok.ua/dementia/testy/item/4090-korotka-shkala-dosldzhennya-psihchnogo-statusu-MMSE>
6. Monrealskiy kohnityvnyi test (MOSA) <https://mozok.ua/dementia/testy/item/4089-monrealskiy-kognitivnij-test-mosa>
7. Khramtsov, D., Muratova, T., Vikarenko, M., & Vorokhta, Y. (2024). The tools of cognitive creativity assessment. INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL, 20(2), 91–96. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.2.2024.1057>
8. Tereshkevych H.T.. Osnovy bioetyky i biobezpeky. / H.T. Tereshkevych T., 2018 400 s. https://scholar.google.com.ua/scholar?hl=uk&as_sdt=0.5&cluster=2112516456861953708
9. Fetisov V.S. Paket statystychnoho analizu danykh STATISTICA. / V.S. Fetisov Nizhyn, 2018 114 s. <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi72/0053477.pdf>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.01

Maryna Vikarenko

COGNITIVE STATUS IN PATIENTS WITH SMALL VESSEL DISEASE

The abstracts present the results of a study of the cognitive sphere in patients with small vessel disease. The dependence of functions such as a decrease in executive functions, memory, and information processing speed on the state of cerebral perfusion is shown. The role of transcranial ultrasonography in screening for the identification of patients at risk of cognitive impairment is determined.

It is shown that the pulsatile index is an available non-invasive biomarker of cerebrovascular resistance load. In patients with CHD and cognitive impairment, regular measurement of PI can help monitor the progression of the disease

Keywords: small vessel disease, cognitive functions, transcranial ultrasonography, diagnostics, prognosis

Відомості про автора / Information about the Author

Марина Вікарєнко, аспірант кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: vikarenko@mail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8238-6802>

Maryna Vikarenko, PhD student, Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: vikarenko@mail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8238-6802>

ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Тези представляють теоретико-практичний аналіз пенсійного забезпечення як одного з ключових механізмів реалізації соціальної політики щодо осіб похилого віку в Україні. Пенсійна система розглядається як інструмент соціального захисту, що забезпечує базовий рівень добробуту вразливих категорій населення, сприяє соціальній стабільності та відображає ефективність взаємодії між державою і громадянами. Наголошується, що в умовах демографічного старіння, війни та економічної нестабільності питання фінансової стійкості пенсійної системи, її адресності, справедливості та доступності виходять на перший план. Пенсійне забезпечення є не лише фінансовим інструментом, а й показником рівня соціальної відповідальності держави перед людьми літнього віку.

Ключові слова: пенсійна система, пенсійне забезпечення, соціальна політика, люди похилого віку, соціальний захист, солідарна модель, накопичувальна система, демографічне старіння.

Пенсійне забезпечення виступає базовим елементом соціальної політики держави у сфері захисту осіб похилого віку. Його головною метою є гарантування мінімального соціального стандарту життя після завершення активної трудової діяльності. В умовах демографічного старіння, воєнних дій, економічної нестабільності та зниження купівельної спроможності населення ця складова соціального захисту набуває ще більшої значущості [2].

Сучасна пенсійна система України є багаторівневою та складається з таких компонентів: солідарна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, накопичувальна система та система недержавного пенсійного забезпечення. Однак основне фінансове навантаження все ще несе саме солідарна система, яка функціонує за принципом міжпоколінної підтримки: пенсії нинішнім пенсіонерам сплачуються за рахунок внесків працюючого населення.

Проблеми функціонування солідарної системи пов'язані з низьким рівнем зайнятості, значною часткою тіньової економіки, несприятливою демографічною ситуацією та високим рівнем трудової міграції. У 2024 році співвідношення платників єдиного соціального внеску до кількості пенсіонерів продовжувало знижуватись, що негативно впливає на стабільність виплат та розмір пенсій. Водночас актуальною є потреба у запуску другого рівня пенсійної системи – обов'язкової накопичувальної системи. Заплановане впровадження у 2023 році було відтерміноване через воєнні обставини, однак необхідність диверсифікації джерел пенсійного доходу не зникає [1]. Досвід країн ЄС свідчить, що поєднання солідарної та накопичувальної моделей дозволяє забезпечити більшу фінансову сталість і справедливість у розподілі пенсійних ресурсів.

Особливу увагу необхідно приділяти питанням адресності пенсійного забезпечення, що передбачає цільову підтримку найбільш соціально вразливих категорій осіб похилого віку. До таких категорій, зокрема, належать громадяни з мінімальним трудовим стажем, які не змогли накопичити достатнього страхового внеску через об'єктивні життєві обставини, самотні пенсіонери без родинної підтримки, особи з інвалідністю, а також внутрішньо переміщені особи літнього віку, які втратили житло та засоби до існування внаслідок збройного конфлікту [1].

Посилення соціального захисту зазначених груп потребує застосування диференційованих підходів у пенсійній політиці, що враховують індивідуальні потреби та ступінь соціальної вразливості. Одночасно із цим, в умовах постійних інфляційних процесів та нестабільності економічної ситуації, важливою складовою є регулярне вдосконалення механізмів індексації пенсій. Індексція повинна бути прив'язана до фактичного зростання споживчих цін та зміни прожиткового мінімуму, аби забезпечити збереження купівельної спроможності пенсійних виплат. Недостатня реакція системи на інфляційні виклики призводить до фактичного зниження рівня життя осіб похилого віку, що може провокувати зростання рівня бідності серед пенсіонерів.

Крім економічних викликів, сучасна соціальна політика повинна відповідати на виклики, пов'язані з цифровою трансформацією державного управління. В умовах широкого впровадження цифрових технологій, зокрема переведення більшості адміністративних та соціальних послуг у формат онлайн-доступу, літні люди часто стикаються з труднощами в опануванні електронних сервісів. Особливо це стосується реєстрації в електронних кабінетах Пенсійного фонду, отримання консультацій або оформлення довідок через Інтернет-портали. Така ситуація породжує ризик цифрової дискримінації, за якої певна частина населення фактично виключається з процесу отримання соціальних гарантій через відсутність навичок роботи з цифровими технологіями або технічні обмеження [3].

З огляду на це, актуальним завданням державної соціальної політики є розвиток програм цифрової інклюзії для осіб похилого віку. Йдеться не лише про розширення доступу до технічних засобів (наприклад, комп'ютерів або смартфонів), а й про реалізацію освітніх програм з цифрової грамотності, які мають бути адаптовані до вікових та когнітивних особливостей старших громадян. Необхідно забезпечити функціонування ефективних механізмів соціального та консультаційного супроводу при користуванні цифровими послугами – як у фізичних відділеннях Пенсійного фонду, так і через спеціалізовані «гарячі лінії», мобільні офіси чи співпрацю з територіальними громадами [5].

У таблиці 1 наведено порівняльні дані щодо середнього розміру пенсій в Україні та в окремих країнах Європейського Союзу станом на 2024 рік.

Таблиця 1

Країна	Середня пенсія (USD)
Україна	145
Польща	680
Німеччина	1250
Франція	1480
Іспанія	1210

Аналіз порівняльних статистичних даних, представлених у таблиці, засвідчує суттєве відставання України від європейських країн за рівнем пенсійного забезпечення. Зокрема, середній розмір пенсії в Україні у 2024 році складає лише 145 доларів США, що є значно меншим порівняно з Польщею, Німеччиною чи Францією, де цей показник перевищує 600, 1200 та навіть 1400 доларів відповідно. Така диспропорція демонструє обмежені можливості українських пенсіонерів у задоволенні базових життєвих потреб, включаючи витрати на продукти харчування, медикаменти, комунальні послуги та соціальне життя.

У цьому контексті реформування пенсійної системи має відбуватися у тісному взаємозв'язку з іншими сферами соціальної політики, зокрема системою охорони здоров'я, забезпеченням доступного житла, транспортною інфраструктурою, а також розвитком системи соціального обслуговування. Комплексний підхід дозволяє сформувати інтегровану модель підтримки осіб похилого віку, яка охоплює не лише фінансову допомогу, але й гарантує якість життя, соціальну включеність та безпеку. Зокрема, важливо забезпечити координацію між пенсійною реформою та реформами у сфері медичних послуг – адже більшість пенсіонерів мають хронічні захворювання та потребують постійного медичного супроводу. Так само вирішення проблеми житлової ізоляції літніх людей потребує реалізації програм доступного та соціального житла, які мають враховувати вікові особливості мешканців.

Необхідно враховувати потреби осіб похилого віку в доступному та безпечному транспорті для забезпечення їхньої мобільності, а також розвиток мережі соціальних послуг, включаючи догляд вдома, денні центри та соціальні хаби, які сприяють активному старінню. Тільки за умов узгодженості між усіма цими елементами можливо створити ефективну систему підтримки, яка відповідатиме викликам сучасного суспільства та забезпечить гідне життя для осіб старшого віку.

У підсумку можна стверджувати, що пенсійне забезпечення осіб похилого віку є багатограним соціальним інститутом, що поєднує економічні, демографічні, правові та гуманітарні аспекти. Воно не обмежується лише виплатами – це індикатор соціальної справедливості, турботи держави про гідну старість своїх громадян та гарантія базового рівня безпеки у старості. Низький рівень пенсій в Україні є не лише наслідком економічних труднощів, а й проявом системних проблем у соціальній політиці. Для подолання цих викликів необхідні комплексні зусилля: структурна пенсійна реформа, запуск накопичувального рівня, адресна підтримка вразливих пенсіонерів, розвиток соціальних послуг та медичного забезпечення. Важливу роль також відіграє формування інклюзивного інформаційного середовища, здатного адаптуватися до потреб літніх людей.

References

1. Andriushchenko, V.M., Ivanova, N.M. (2022). Transformatsiia pensiinoho zabezpechennia v Ukraini: vyklyky ta priorytety [Transformation of pension provision in Ukraine: challenges and priorities]. Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozhka akademiia». Serii: Ekonomika, 25(1), 34–40. [in Ukrainian].
2. Fedorova, A.I., & Lytvyn, S.M. (2022). Tsyfrova transformatsiia sfery sotsialnoho zabezpechennia: vyklyky ta mozhyvosti dlia liudei pokhlyoho viku [Digital transformation of social security: challenges and opportunities for the elderly]. Upravlinnia i menedzhment, 4, 25–30. [in Ukrainian].
3. Holovchak, S.Yu., Koval, I.P. (2023). Tsyfrova nerivnist u dostupnosti sotsialnykh posluh dlia osib pokhlyoho viku [Digital inequality in access to social services for the elderly]. Sotsialno-ekonomichni problemy suchasnoho periodu Ukrainy, 5, 78–84. [in Ukrainian].
4. Ministry of Social Policy of Ukraine. (2024). Shchodo stanu ta perspektyv rozvytku systemy pensiinoho zabezpechennia [On the state and prospects of development of the pension provision system]. msp.gov.ua. Retrieved from: <https://www.msp.gov.ua/news/22501.html> [in Ukrainian].
5. Sliusar, L.S. (2021). Problemy i perspektyvy vprovadzhennia nakopychuvalnoi systemy pensiinoho zabezpechennia v Ukraini [Problems and prospects of implementing the accumulative pension system in Ukraine]. Visnyk sotsialno-ekonomichnykh doslidzhen, 3(43), 112–117. [in Ukrainian].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.02

Anastasiia Harashchenko

PENSION PROVISION AS A KEY ELEMENT OF SOCIAL POLICY TOWARDS THE ELDERLY

The thesis presents a theoretical and practical analysis of pension provision as one of the key mechanisms for implementing social policy towards the elderly in Ukraine. The pension system is viewed as an instrument of social protection that ensures a basic level of well-being for vulnerable population groups, contributes to social stability, and reflects the effectiveness of interaction between the state and its citizens. It is emphasized that under conditions of demographic ageing, war, and economic instability, issues of the financial sustainability of the pension system, its targeting, fairness, and accessibility come to the forefront. Pension provision is not only a financial tool but also an indicator of the level of social responsibility of the state towards the elderly.

Keywords: pension system, pension provision, social policy, elderly people, social protection, solidarity model, funded system, demographic ageing.

Відомості про авторів / Information about Authors

Анастасія Гаращенко, викладач кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: ngaraschenkoo@gmail.com

Anastasiia Harashchenko, Lecturer at the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: ngaraschenkoo@gmail.com

© А. Гаращенко

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.03

Роман Грицко
Орися Грицко
Соломія Пеканець

ЦИФРОВІ ІННОВАЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ: ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Впровадження цифрових технологій у реабілітацію в охороні здоров'я докорінно змінює догляд за пацієнтами. В цьому огляді окреслюється мінливий ландшафт застосування цифрових інновацій в реабілітації пацієнтів, зосереджуючись на навичках, необхідних медичним працівникам та їхньому впливі на результати лікування пацієнтів. Підкреслюється роль цифрових технологій та їхній вплив на методи реабілітації, розглядається застосування окремих цифрових технологій на практиці, акцентується увага на важливості міжпрофесійної співпраці між медичними працівниками. Приведені окремі приклади впливу використання цифрових технологій на результати лікування пацієнтів, на медичних працівників, установи та політиків.

Ключові слова: Цифрова трансформація, охорона здоров'я, штучний інтелект, віртуальна реальність, телемедицина.

Зміна парадигми щодо застосування цифрових інновацій впливає на різні аспекти охорони здоров'я, починаючи з діагностики пацієнтів, планування та терапевтичного лікування та продовжуючи проведенням дистанційного моніторингу, управління даними, міждисциплінарною співпрацею медичних працівників. Подібні інновації виходять за межі медичних закладів, пропонуючи пацієнтам віддалений доступ до реабілітаційних процедур. Одночасно вона озброює медичних працівників новими знаннями та інструментами, необхідними для надання адресної та більш ефективної медичної допомоги. Використання цифрових інновацій в реабілітаційній медицині являє собою суттєвий зсув у переосмисленні надання медичної допомоги, що призводить до покращення результатів лікування пацієнтів за рахунок більш орієнтованого на пацієнта підходу до реабілітації [1].

Цифрові технології в охороні здоров'я пройшли певний еволюційний етап, починаючи з електронних медичних карток, застосування яких стало відправною точкою цифровізації даних в системі охорони здоров'я. Еволюційним продовженням стала телемедицина, яка появившись наприкінці 20-го століття, створила умови для дистанційного консультування, дозволяючи також проводити певні медичні процедури за допомогою цифрових методів. Поширення Інтернету стало наступним кроком в обміні медичною інформацією, застосуванні мобільних медичних додатків та наданні телемедичних послуг. У цей час в охороні здоров'я появився новий термін «цифрова медицина», який охоплював носимі медичні пристрої, штучний інтелект (ШІ), електронні медичні карти (ЕМК), телемедицину [2;3;4;5]

Поспівання на початку 21-го століття переносних медичних пристроїв з можливостями моніторингу в режимі реального часу, аналітикою даних та мобільними додатками з великими даними дозволило інтегрувати технології віртуальної та доповненої реальності в систему охорони здоров'я, зокрема в реабілітацію. Завдяки додаткам для смартфонів люди отримали змогу контролювати своє здоров'я, тоді як штучний інтелект (ШІ) почав більше застосовуватися в медичній діагностиці та догляді за пацієнтами [5]. Досягнення телемедицини, застосування портативних пристроїв, датчиків, віртуальної та доповненої реальності разом з електронними медичними картками увійшли в систему охорони здоров'я, включаючи реабілітацію, ставши її невід'ємною частиною.

Використання цифрових технологій у реабілітації призвело до суттєвих змін в догляді за пацієнтами та результатах. Дистанційні реабілітаційні послуги стали важливою складовою медичної допомоги, дозволяючи медикам на основі отриманих даних своєчасно вносити корективи в процес реабілітації у режимі реального часу. Особливого значення набули реабілітаційні вправи, які завдяки використанню технологій віртуальної та доповненої реальності стали для пацієнтів цікавими та мотивуючими, що, безумовно, позитивно впливало на кінцеві результати реабілітації. Створення подібного середовища цілісного догляду за пацієнтом поставило його

в центр реабілітації, охопивши широкий спектр медичних працівників, техніків, фахівців з обробки даних та експертів з цифрової охорони здоров'я.

Подібні зміни принесли численні переваги, включаючи покращення результатів лікування пацієнтів, підвищення доступності медичної допомоги, посилення залучення пацієнтів та індивідуальний підхід до терапії, що базується на даних та сприяє більш орієнтованому на пацієнта наданню реабілітаційних послуг [2].

Перш за все це стосується застосування в процесі реабілітації телемедицини, завдяки якій пацієнтам надається можливість отримувати реабілітаційну допомогу на далекій від медичного закладу відстані в звичній домашній обстановці, що позитивно впливає на процес реабілітації та його прискорення [3]. Крім того, телемедицина створює величезні обсяги даних про пацієнтів, що вимагає креативних стратегій управління реабілітацією на основі даних.

Хоча телемедицина в реабілітації пропонує багато переваг, вона також має певні недоліки. Це, зокрема, стосується безпеки та конфіденційності даних пацієнтів; необхідності додаткового навчання медичних працівників застосуванню нових технологій та їх адаптації до нових способів надання допомогою інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Розвиток цифрових навичок є важливим компонентом управління інноваціями, оскільки їх наявність гарантує готовність медичного персоналу до використання технологічних інновацій.

У контексті реабілітації важливого значення набули портативні носимі пристрої, які люди можуть носити на своєму тілі для моніторингу, відстеження та підтримки процесу реабілітації [4]. Фітнес-трекери, смарт-годинники та спеціалізовані пристрої, створені для конкретних цілей охорони здоров'я, є прикладами носимих технологій у реабілітації. Вони використовуються для відстеження рухів пацієнтів, моніторингу життєво важливих показників та збору даних у режимі реального часу щодо їхньої фізичної активності та показників здоров'я.

Ці інструменти надають корисну інформацію, яку можна використовувати для оцінки та організації реабілітаційних програм. Вони забезпечують безперервний моніторинг пацієнтів поза клінічними умовами, дозволяючи медичним працівникам адаптувати програми лікування на основі реальних даних. Носимі пристрої також мотивують пацієнтів до активної участі в реабілітації, надаючи інформацію та зворотний зв'язок щодо їхнього одужання. Крім того, вони мають здатність виробляти дані в режимі реального часу щодо рухів пацієнтів та різних параметрів здоров'я, ефективно впроваджуючи принципи, засновані на даних, у реабілітацію.

Окрім переваг, пов'язаних з даними, носимі пристрої слугують невід'ємними компонентами в контексті підвищення залученості пацієнтів, роблячи реабілітаційні вправи за своєю суттю більш захопливими та мотиваційно зарядженими. Цей акцент на управлінні та підвищенні залученості пацієнтів є ключовим та інноваційним аспектом реабілітації пацієнтів.

Віртуальна реальність (ВР), як інноваційна реабілітаційна технологія, являє собою комп'ютерно-генероване середовище, яке служить потужним терапевтичним інструментом, який суттєво посилює процес одужання [6]. У цьому контексті віртуальна реальність використовується за допомогою різних гаджетів, що безперешкодно переносять пацієнтів у ретельно створені віртуальні простори, спеціально розроблені для терапевтичних цілей. Ці віртуальні середовища вміло відтворюють реальні сценарії та дії, тим самим знаходячи широке застосування в реабілітації. Застосування ВР включає вправи, тренування рівноваги, когнітивне лікування та навіть нюанси лікування болю.

Переваги віртуальної реальності у сфері реабілітації проявляються у формі переконливого та захопливого підходу для пацієнтів, що дозволяє їм активно брати участь у своєму реабілітаційному процесі. Вона чудово покращує дотримання призначених планів лікування, роблячи вправи по суті приємними та мотивуючими. Більше того, віртуальна реальність ефективно створює безпечне середовище, де пацієнти можуть виконувати безліч завдань та долати різноманітні труднощі, перебуваючи під пильним наглядом медичних працівників.

Основною проблемою у застосуванні технології віртуальної реальності є вартість обладнання та програмного забезпечення, забезпечення універсальної доступності для всіх пацієнтів та його налаштування відповідно до потреб окремих пацієнтів. Залишається відкрити питання щодо набуття відповідних навичок з боку медичного персоналу, що також пов'язано з вартістю та часом. Попри це, прогнози показують на готовність технологій віртуальної реальності до розвитку, які забезпечуючи інтеграцію тактильної стимуляції та біометричного моніторингу покращують терапевтичні результати. За окремими даними обсяг світового ринку віртуальної реальності в охороні здоров'я у 2021 році оцінювався в 459,0 млн доларів США і, за прогнозами, зростатиме з 628,0 млн. доларів США у 2022 році до 6,20 млрд. доларів США до 2029 року, з середньорічним приростом на рівні 38,7% [7].

Крім того, інтеграція технологій віртуальної реальності у реабілітацію робить суттєвий внесок в сферу управління інноваціями в системі охорони здоров'я, що дозволяє більш ретельно вивчати наслідки реабілітації,

вносячи відповідні корективи в управління реабілітаційними інноваціями та використання отриманих результатів в процесі розробки стратегій управління інноваціями в сфері медицини [8].

У сфері цифрової реабілітації медичні працівники мають володіти набором навичок, що охоплює технічну майстерність та м'які навички, наявність яких здатна забезпечити пацієнтам найкращий догляд [9]. Технічна сфера вимагає таких компетенцій, як вільне володіння цифровими пристроями, вміння керування портативними пристроями, володіння інструментами віртуальної та доповненої реальності, знайомство з електронними медичними картами та вміння аналізувати дані. М'які навички є однаково незамінними, включаючи ефективну комунікацію, емпатію, адаптивність, непохитну відданість пацієнтоорієнтованій допомозі та здатність безперешкодно співпрацювати між дисциплінами для цілісного благополуччя пацієнтів.

Когнітивні здібності включають вирішення проблем та критичне мислення, що дозволяє медичним працівникам визначати потреби пацієнтів, приймати рішення на основі даних та розробляти індивідуальні стратегії реабілітації [9]. Крім того, необхідна відданість постійному навчанню та прийняттю етичних рішень, особливо коли йдеться про конфіденційність даних пацієнтів та дозвіл на їх використання під час використання цифрових технологій. Ці можливості дозволяють медичним працівникам орієнтуватися в постійно мінливому ландшафті цифрової реабілітації, надаючи індивідуалізований догляд та покращуючи результати лікування пацієнтів. Чітке усвідомлення особливості змін, які привносять цифрові технології в процес реабілітації має суттєве значення для медичних працівників, які, щоб ефективно впроваджувати ці цифрові інструменти у практику, повинні набувати та адаптуватися до нових навичок та методів навчання.

Зміни, що відбуваються в сфері реабілітації, зокрема із застосуванням цифрових технологій також потребують ретельного розгляду етичних питань та конфіденційності даних пацієнтів. Необхідно чітко інформувати пацієнтів щодо використання та права власності на дані, суворі заходи безпеки даних та дотримання законодавства щодо конфіденційності даних. Дотримання етичних цінностей та безпеки даних, має вирішальне значення для реалізації повного потенціалу цифрових технологій у медичній реабілітації.

Узагальнюючи викладене, слід відзначити суттєві зміни в медичній реабілітації, які відбуваються завдяки цифровим інноваціям, ключова роль в яких належить телемедицині, носимим пристроям та віртуальній реальності, а також змінам у взаємодії пацієнтів та медичного персоналу. Ці трансформаційні зміни у сфері реабілітації поширюються далеко за межі безпосередньо медичної сфери, пронизуючи процес управління інноваціями, який відображає суттєві зміни, які впливатимуть на усі складові системи управління охороною здоров'я.

Перш за все це стосується безпосереднього медичного персоналу, який під впливом цифрових інновацій зіткнувся з постійно зростаючим набором вимог до навичок. Його здатність використовувати цифрові технології та сприяти міждисциплінарній співпраці стає визначальним чинником успішної реабілітаційної практики. Очевидним є те, що роль медичного персоналу визначається переходом від традиційної клінічної допомоги до технологічно обґрунтованої, пацієнтоорієнтованої охорони здоров'я.

Впровадження інноваційних технологій в медичну практику вказує на зміни, що відбуваються у самих медичних закладах, які завдяки цим технологіям мають можливість надавати більш ефективну, засновану на даних та персоналізовану реабілітаційну допомогу. Такий перехід до більш технологічно оснащеної реабілітації призводить не лише до покращення результатів лікування пацієнтів, а й сприяє зниженню операційних витрат та підвищенню загальної ефективності закладів охорони здоров'я.

Оскільки цифрові технології стрімко проникають в систему реабілітації пацієнтів, паралельно з цим процесом, скоріш за все навіть з випередженням, має трансформуватися і політика щодо забезпечення конфіденційності даних пацієнтів, гармонізації нормативно-правової бази з технологічним прогресом, етичними вимогами, які мають вирішальне значення для сприяння створенню інноваційного та безпечного середовища в системі охорони здоров'я.

Викладене вище є предметом для більш ширшого обговорення щодо управління інноваціями в сфері охорони здоров'я загалом, міждисциплінарної та міжгалузевої співпраці, реабілітації на основі даних, залучення до цих процесів пацієнтів та розвитку цифрових навичок медичного персоналу, у тому числі управлінського.

Крім того, тенденції, що мають місце в цифровій медицині, підкреслюють важливість і необхідність подальшого вивчення інноваційних практик, що покращують результати лікування пацієнтів та якість наданої медичної допомоги, спрямувавши отримані результати на вироблення відповідної стратегії розвитку реабілітації пацієнтів та цифрової трансформації системи охорони здоров'я.

У більш ширшому контексті управління інноваціями, цифрова трансформація в охороні здоров'я та реабілітації є символом системного підходу до інновацій, які проникають і пронизують усі сфери і галузі національної економіки, що стосуються охорони здоров'я, переосмислюючи існуючі підходи до формування інноваційної політики у цілому.

References

1. Chaban O.H.(2014). Shliakhy stvorennia efektyvnoi systemy medychnoi reabilitatsii [Ways of creating an effective system of medical rehabilitation]. *Zbirnyk naukovykh prats. Aktualni problemy navchannia ta vykhovannia liudei z osoblyvymy potrebamy - Collection of scientific works. Current problems of training and education of people with special needs*. № 11(13). Retrieved from: <https://ap.uu.edu.ua/article/33> [in Ukrainian].
2. Bakaliuk T.G., Vitsentovich M.V., Stelmakh G.O., Blazheev D.O. (2024). Telereabilitatsiini tekhnolohii v reabilitatsii ditei iz rukhovymy porushenniamy. [Telerehabilitation technologies in the rehabilitation of children with motor disorders]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy-nBulletin of social hygiene and health care organizations of Ukraine*. No 1 (99)89. Retrieved from: DOI 10.11603/1681-2786.2024.1.14630 [in Ukrainian].
3. Dostupnist reabilitatsii cherez telemedytsynu. Perevahy vykorystannia telemedytsyny dlia reabilitatsii [Accessibility of rehabilitation through telemedicine. Advantages of using telemedicine for rehabilitation]. *WPTD2020-infographic3-A4-Final*. Retrieved from: https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/2020/09/WPTD2020-infographic3_ukr-1.pdf [in Ukrainian].
4. Portatyvni prystroi v medytsyni ta efektyvne prohramne zabezpechennia [Portable devices in medicine and effective software]. *Bloh PNN – Blog PNN*. Retrieved from: <https://pnn.com.ua/ua/blog/detail/portable-devices-in-medicine-and-efficient-software> [in Ukrainian].
5. Korotka V.O., Mokrynskyi V.A. (2024). Tekhnolohii shtuchnoho intelektu v suchasni medytsyni: vprovadzhennia ta problematyka [Artificial intelligence technologies in modern medicine: implementation and problems]. *Tsyfrova medytsyna - Digital medicine*. Retrieved from: DOI: 10.32471/umj.1680-3051.163.257497 [in Ukrainian].
6. Lobur Mykhailo, Oleksiy Dzhus Oleksiy. (2024). Intehratsiia virtualnoi realnosti ta tekhnolohii vidstezhennia rukhu dlia pokrashchennia fizychnoi reabilitatsii: ohliad opysu [Integration of virtual reality and motion tracking technologies to improve physical rehabilitation: a descriptive review]. *CDS*. Issue 6, Number 1. 28-36pp. Retrieved from: <https://doi.org/10.23939/cds2024.01.028> [in Ukrainian].
7. Virtualna i dopovnena realnist u medytsyni: yak tsi tekhnolohii dopomahaiut patsiientam [Virtual and Augmented Reality in Medicine: How These Technologies Help Patients]. Sait CASES - CASES Website. Retrieved from: https://cases.media/article/virtualna-i-dopovnena-realnist-u-medicini-yak-ci-tekhnologiyi-dopomagayut-paciyentam?srsId=AfmBOoqqe9ZjilkIvKAfWIifTRA0cpmOysP9AovF3lsOJdSh24r_YFIP [in Ukrainian].
8. Mykhalko Ya. (2023). Virtualna realnist v medytsyni – aktualne sohodennia ta zakhopliuiuchi perspektyvy [Virtual reality in medicine – current situation and exciting prospects]. *Uzhhorodskyi natsionalnyi universytet- Uzhhorod National University*. Retrieved from: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/news/virtreal.htm> [in Ukrainian].
9. Brych Valeria & Khodakovska Nadiya (2021). Hotovnist fakhivtsiv iz reabilitatsii do vykorystannia suchasnykh informatsiino-komunikatsiinykh tekhnolohii dlia zabezpechennia bezperervnoi reabilitatsiinoi dopomohy patsiientam iz travmamy [Readiness of rehabilitation specialists to use modern information and communication technologies to provide continuous rehabilitation to patients with injuries]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys - Ukrainian Medical Journal*. III-IV.№2(142). Retrieved from: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/34759> [in Ukrainian].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.03

Roman Grytsko
Orysia Grytsko
Solomiya Pekanets

DIGITAL INNOVATIONS IN REHABILITATION MEDICINE: AN OVERVIEW

The introduction of digital technologies into rehabilitation in healthcare is fundamentally changing patient care. This review outlines the changing landscape of digital innovations in patient rehabilitation, focusing on the skills needed by healthcare professionals and their impact on patient outcomes. It highlights the role of digital technologies and their impact on rehabilitation practices, examines the application of selected digital technologies in practice, and emphasizes the importance of interprofessional collaboration between healthcare professionals. It provides specific examples of the impact of digital technologies on patient outcomes, healthcare professionals, institutions, and policymakers.

Keywords: Digital transformation, healthcare, artificial intelligence, virtual reality, telemedicine,

Відомості про автора / Information about the Author

Роман Грицко, доктор наук з державного управління, доцент, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна, e-mail: grytskoroman@gmail.com , ORCID: 0000-0001-7086-8399

Roman Grytsko, Doctor of Science in Public Administration, Ass.prof., Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi, Lviv, Ukraine e-mail: grytskoroman@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7086-8399

Орися Грицко, магістр публічного управління та адміністрування, магістр управління проектами, бакалавр медицини, головна медична сестра КМП «1-а міська поліклініка м. Львова», e-mail: orusjagr@gmail.com

Orysia Grytsko, Master of Public Administration and Administration, Master of Project Management, Bachelor of Medicine, Main Nurse «1st City Polyclinic of Lviv», mail: orusjagr@gmail.com

Соломія Пеканець, магістр публічного управління та адміністрування, лікар стоматолог, приватний підприємець, e-mail: soljagr@gmail.com

Solomiya Pekanets, Master of Public Administration and Administration, Dentist Doctor, Private Entrepreneur, soljagr@gmail.com

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.04

Діскант Максим,
Олександр Невинський

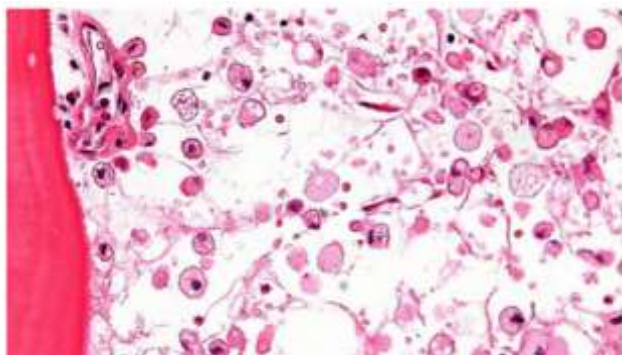
ХВОРОБА ГОШЕ: СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ І ДІАГНОСТИКИ

Хвороба Гоше є тяжким спадковим захворюванням, яке потребує раннього виявлення, чіткого виконання схеми застосування лікарського засобу та постійного безперервного його проведення. Під час лікування орфаної недуги немає місця самолікуванню та народним методам. У разі діагностування хвороби Гоше особі потрібен ретельний медичний нагляд протягом багатьох років. Оскільки хвороба вражає різні органи, медичну допомогу надає група лікарів, серед них гематолог, ревматолог, ортопед, гастроентеролог, невролог, психіатр. Сучасна медицина дозволяє значно покращити стан таких пацієнтів. Особлива роль належить міждисциплінарному підходу та генетичному консультуванню родин.

Ключові слова: Хвороба Гоше, дефіцит лізосомального ферменту, глюкоцереброзидаза, генетичні аспекти хвороби, замісна ферментотерапія, субстратредукційна терапія, симптоматичне лікування, профілактика хвороби Гоше.

Хвороба Гоше – це спадкове панетнічне (орфанне) захворювання, що зазвичай виявляється у дитинстві та обумовлене дефіцитом активності лізосомального ферменту глюкоцереброзидази [1]. Хвороба Гоше вражає одну дитину із 50000 новонароджених у світі, тобто є рідкісною генетичною недугою. Найчастіше вона зустрічається серед євреїв ашкеназі східноєвропейського походження (групи євреїв, які історично проживали на території України): один випадок на 450 осіб. Вважається, що ймовірність народження хворої дитини у двох носіїв мутації гену становить 25%. Зазвичай, носії однієї копії мутації не хворіють.

Етіологія і патогенез. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом, причиною є дефіцит лізосомального ферменту кислої β -глюкозидази (глюкоцереброзидази). У нормі цей фермент розщеплює глюкоцереброзид – жироподібну речовину [1, 2].



Дефіцит ферменту призводить до прогресуючого накопичення нерозщепленого субстрату – глюкоцереброзиду в лізосомах макрофагів та інших клітин, наприклад, остеобластів. Заповнені ліпідами «клітини Гоше» акумулюються в різних тканинах і органах, особливо в селезінці, печінці, кістковому мозку, легенях та мозку. Хвороба є мультисистемною, тобто уражає одночасно декілька органів, зокрема, печінку, селезінку, кісткову тканину та іноді – нервову систему, що зумовлює симптоми захворювання.

Класифікація. Розрізняють три основні типи хвороби Гоше [3]:

- Тип I (неконвульсивна, ненейропатична форма. Каталог фенотипових маркерів людини (MIM) 230800) – найпоширеніший (95 % пацієнтів), не вражає центральну нервову систему. Може проявлятися у будь-якому віці.
- Тип II (гостра нейропатична форма, MIM 230900) – рідкісна, тяжка, з раннім ураженням нервової системи; починається у дитинстві, часто летальна.
- Тип III (хронічна нейропатична форма, MIM 231000) – прогресує повільно, вражає нервову систему у дитячому чи підлітковому віці.

В електронній базі Центру орфанних захворювань Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» станом на жовтень 2021 року нараховувалось 75 пацієнти з хворобою Гоше: 31 дитина та 44 дорослих пацієнтів. Серед них з I-м типом – 68 осіб (25 дітей, 43 дорослих), III-м типом – 4 особи (3 дитини, 1 дорослий). II-й (нейропатичний) тип хвороби Гоше було діагностовано у 3 дітей, всі померли у перші роки життя.

Серед населення Західної та Східної Європи частота хвороби Гоше типу I становить від 1:40000 до 1:60000. Нейропатичний тип недугу зустрічається значно рідше і становить 1:100000 населення.

Генетичні аспекти хвороби Гоше. Хвороба Гоше є генетичною патологією, яка успадковується за аутосомно-рецесивним типом. Отже, захворювання розвивається тільки за умови гомозиготного носійства мутантного алеля гена, тоді як гетерозиготи здорові, але можуть передавати мутантний ген своїм дітям. Хворіють на цю патологію особи обох статей.

Ген глюкоцереброзидази бета (GBA), мутації якого є причиною розвитку хвороби Гоше, розташований на хромосомі 1 у ділянці 1q21-22. Цей ген – невеликий за розміром (11 екзонів), але характеризується дуже високою спонтанною мутабельністю. Так, на сьогодні ідентифіковано понад 300 мутацій GBA, хоча більше 95% із них є нейтральними чи з низьким ризиком розвитку захворювання [4].

Встановлено, що 50...60% випадків хвороби Гоше у загальній популяції спричиняють лише п'ять мутацій у гені GBA – N370S, L444P, 84GG, IVS2+1 та R463C. Неможливо передбачити клінічний перебіг хвороби Гоше на підставі вимірювання активності ферменту. Натомість досить ефективним є прогнозування на підставі ідентифікації мутацій гену GBA.

Вважається, наприклад, що гомозиготне носійство мутації N370S асоціюється з найбільш легким перебігом хвороби Гоше I типу. У гетероалельних носіїв цієї мутації (N370S/L444P, N370S/84GG тощо) зазвичай більш виражені вісцеральні прояви, частіше розвивається аваскулярний остеонекроз, раніше (ще у дитячому віці) діагностується захворювання порівняно із гомозиготними носіями N370S.

Ранній початок і тяжкі ураження центральної нервової системи при хворобі Гоше II типу найчастіше пов'язані із гомозиготним носійством мутації L444P. Також II тип захворювання можливий при гомозиготному носійстві мутації D409H та компаунд-гетерозиготному носійстві мутацій L444P/D409H.

Хвороба Гоше III типу, специфічними ознаками якої є формування серцево-судинних кальцифікатів, розвиток неатеросклеротичної коронарної хвороби, гідроцефалії та міоклонічної епілепсії, найчастіше зумовлена гомозиготним носійством мутації D409H.

Клінічні прояви. Залежно від типу захворювання, пацієнти можуть мати такі симптоми:

- збільшення печінки та селезінки (гепатоспленомегалія);
- анемія, тромбоцитопенія;
- біль у кістках, патологічні переломи;
- затримка росту у дітей;
- неврологічні порушення (у типах II і III): ригідність, судоми, труднощі з ковтанням тощо.

В окремих пацієнтів спостерігаються важкі симптоми, в деякого їх немає взагалі. Симптоми поступово розвиваються з віком.

Ознаки та симптоми ненейропатичної форми хвороби Гоше у дітей включають спленомегалію, гепатомегалію, тромбоцитопенію, анемію, відставання у фізичному та психологічному розвитку, затримку зросту і статевого дозрівання, остеопенію, інтенсивні болі у кістках (гострі кісткові кризи) та часті переломи. При ненейропатичній формі хвороби, що часто невірно описують як патологію дорослого віку, у більшості пацієнтів симптоми проявляються у дитинстві, а діагноз встановлюється у віці до 20 років. Ранній початок захворювання асоціюється з більш тяжким перебігом та високим ризиком появи патологічних ускладнень. У 75% пацієнтів з наявністю симптомів, які не отримували патогенетичну терапію, спостерігався субоптимальний розвиток організму.

Основні характеристики різних типів хвороби Гоше представлені у таблиці.

Таблиця 1

Клінічна класифікація хвороби Гоше

	I тип	II тип	III тип
Поширеність	1:50000 у загальній популяції	1:100000 у загальній популяції	1:100000 у загальній популяції
Дебют захворювання	У будь-якому віці	Від 2 міс. До 1 року	У дитячому віці
Тривалість життя, років	6...80	до 2	2...60
Первинне ураження ЦНС	Немає	Тяжкого ступеня	Від легкого до тяжкого ступеня
Органомегалія	Від легкого до тяжкого ступеня	Від середнього до тяжкого ступеня	Від легкого до тяжкого ступеня
Гематологічні порушення	Від легкого до тяжкого ступеня	Тяжкого ступеня	Від легкого до тяжкого ступеня
Ураження кісток	Від повної відсутності до тяжкого ступеня	Немає	Від повної відсутності до тяжкого ступеня

При хворобі Гоше I типу основними проявами є затримка росту та статевого розвитку, біль у кістках, виражене збільшення печінки та селезінки, схильність до крововиливів та кровотеч. Ранній дебют захворювання асоціюється із більш тяжким його перебігом.

Маніфестація хвороби Гоше II типу зазвичай відбувається на першому році життя, причому в клінічній картині переважають неврологічні (страбізм, тризм, пригнічення смоктального та ковтального рефлексів тощо) та гематологічні порушення.

Хвороба Гоше III типу маніфестує у дітей більш старшого віку, при цьому неврологічні прояви з'являються значно пізніше за гематологічні порушення чи органомегалію, тому такі пацієнти можуть тривалий час мати діагноз хвороби Гоше I типу.

Діагностика. Алгоритм діагностики при підозрі на хворобу Гоше включає клінічне обстеження, морфологічне, біохімічне та молекулярно-генетичне дослідження. Зокрема:

- Біохімічні аналізи: зниження активності глюкоцереб्रोїдази в лейкоцитах або фібробластах. У дорослих із хворобою Гоше цей показник зазвичай не перевищує 20...30% від норми, а у дітей часто – 10% від норми.

- Генетичне тестування: виявлення мутацій у гені GBA.

- Морфологічні дослідження: виявлення клітин Гоше в кістковому мозку або інших тканинах.

- УЗД та МРТ: для оцінки збільшення органів та ураження кісток тощо.

Діагностика хвороби Гоше загалом є складним завданням.

Лікування. Історія еволюції лікування хвороби Гоше має початок у 80-тих роках минулого століття з відкриття гену глюкоцереб्रोїдази бета і застосування ферментозамісної терапії алглюцеразою, отриманою з плаценти людини. Згодом, у середині 1990-х рр., на зміну цьому препарату прийшов фермент генно-інженерного походження – іміглюцераза (Церезим® 400 ОД). Початок 2000-х ознаменувався впровадженням ще одного напрямку патогенетичного лікування хвороби Гоше – субстратредукуючої терапії (міглустат), що є альтернативою для пацієнтів із непереносимістю ферментозамісної терапії [5].

На сьогодні лікування хвороби Гоше базується на замісній терапії та інших підходах, спрямованих на корекцію ферментативної недостатності та полегшення симптомів. Основні методи лікування спрямовані на зниження накопичення ліпідів та підтримання функціонування органів:

- *Замісна ферментотерапія* (ERT) – введення рекомбінантного ферменту (наприклад, іміглюцераза, велаглюцераза), що корегує низький рівень ферменту у пацієнтів, тому їхній організм знову здатний розщеплювати глюкоцереб्रोїд. Пацієнтові потрібно робити внутрішньовенні інфузії приблизно кожні два тижні довічно.

На сьогодні найбільший клінічний досвід та доказову базу у лікуванні хвороби Гоше має препарат Церезим® 400 ОД. Його призначають в індивідуальній дозі (до 240 ОД/кг) один раз на два тижні. За результатами тривалого (близько 10 років) спостереження 557 пацієнтів із хворобою Гоше, які отримують іміглюцеразу, встановлено істотне зниження частоти усіх проявів захворювання. Останніми роками з'явилося ще декілька нових препаратів – таліглюцераза, велаглюцераза.

- *Субстратредукційна терапія* (SRT) – показана дорослим людям з першим типом хвороби як альтернатива ERT (міглустат, еліглюстат), сприяє зменшенню кількості глюкоцереб्रोїду, який виробляють клітини, тому він не накопичується. А з невеликою кількістю глюкоцереб्रोїду організм може розібратися самостійно. Є альтернативою для пацієнтів із непереносимістю ферментозамісної терапії.

Першим препаратом для субстратредукуючої терапії хвороби Гоше був міглустат, що є конкурентним інгібітором глюкозилцерамідсинтетази, відповідальної за перший етап синтезу більшості глікосфінголіпідів. Цей засіб характеризується не дуже хорошим профілем переносимості (діарея – у 85% пацієнтів і втрата маси – у 65%), тому є альтернативою тільки для тих пацієнтів, у яких не може бути використана ферментозамісна терапія. Нещодавно був впроваджений новий препарат цієї групи зі значно кращим, ніж у міглустата, профілем переносимості – еліглюстат.

- *Симптоматичне лікування*: переливання крові, знеболювальні, ортопедичні втручання.

Прогноз. Залежить від типу хвороби. При типі I – сприятливий за умов вчасної діагностики і лікування. Типи II і III мають гірший прогноз через ураження нервової системи.

На сьогодні сучасне лікування отримують всі українські пацієнти (діти та дорослі) із хворобою Гоше, як за державний кошт, так і у рамках гуманітарної програми Sanofi Genzyme.

Висновки. Хвороба Гоше є тяжким спадковим захворюванням, яке потребує раннього виявлення, чіткого виконання схеми застосування лікарського засобу та постійного безперервного його проведення. Під час лікування орфанної недуги немає місця самолікуванню та народним методам. У разі діагностування хвороби Гоше особі потрібен ретельний медичний нагляд протягом багатьох років. Оскільки хвороба вражає різні органи, медичну допомогу надає група лікарів, серед них гематолог, ревматолог, ортопед, гастроентеролог, невролог, психіатр.

Сучасна медицина дозволяє значно покращити стан таких пацієнтів. Особлива роль належить міждисциплінарному підходу та генетичному консультуванню родин.

Профілактика. Профілактика хвороби Гоше є складною через її генетичну природу, але можливі заходи можуть допомогти знизити ризик народження дитини з цим захворюванням або пом'якшити прояви у тих, хто має підвищений ризик. Профілактичні заходи спрямовані на виявлення носіїв та планування родини:

- Генетичне консультування. Особи з високим ризиком передачі захворювання, особливо з родин, де є випадки хвороби Гоше, мають проходити генетичне консультування для оцінки ймовірності передачі хвороби дітям.

- Пренатальна діагностика. Для пар з підвищеним ризиком народження дитини з хворобою Гоше рекомендується пренатальне тестування, яке може визначити наявність мутації в гені GBA у плода.

- Скринінг новонароджених. У деяких регіонах можливе проведення раннього скринінгу новонароджених на ферментативну активність для своєчасного виявлення хвороби та початку лікування ще до появи симптомів.

- Тести на носійство. Особам з груп ризику, зокрема євреям ашкеназі, рекомендовано проходити тестування на носійство мутації в гені GBA, щоб визначити потенційні ризики для майбутніх поколінь.

- Інформування та просвітницька робота. Підвищення обізнаності серед населення щодо хвороби Гоше та її генетичної природи може допомогти знизити поширеність захворювання шляхом своєчасного виявлення носіїв та планування родини з урахуванням ризиків.

- Харчові добавки. Пацієнтам з хворобою Гоше може бути рекомендовано додаткове вживання вітамінів D та K для підтримки кісткової маси та мінералів, таких як кальцій і магній, для зниження ризику остеопорозу. Амінокислоти, такі як L-каратин, можуть сприяти енергетичному метаболізму, що важливо для підтримки загального стану здоров'я.

References

1. Medychna biolohiia / Za red. V. P. Pishaka, Yu. I. Bazhory. Pidruchnyk. Vinnytsia: Nova knyha, 2017. – 608 s.;
2. Pishak V. P., Meshchyshyn I. F., Pishak O. V. Osnovy medychnoi henetyky: Pidruchnyk. – Chernivtsi, 2015. – 248 s.;
3. Iahmur V. B. Khvoroba Hoshe (suchasnyi pohliad na problemu) Hastroenterolohiia, № 3 (57), 2015 –S: 147-152
4. Vellodi Al, Tylki-Szymanska A, Davies EH, et al. Management of neuronopathic Gaucher disease: Revised recommendations. J Inherit Metab Dis. 2009 Oct;32(5):660-4.
5. Khvoroba Hoshe – vzhe ne «syritka»? Tematychnyi nomer «Pediatriia» №1 (44), berezen 2018 r. S. 8-9.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.04

Maksym Diskant
Oleksandr Nevynskyi

GAUSCH DISEASE: CURRENT PROBLEMS OF TREATMENT AND DIAGNOSIS

Gaucher disease is a serious hereditary disease that requires early detection, strict adherence to the medication regimen, and lifelong continuous treatment. There is no room for self-medication or folk methods when treating an orphan disease. If diagnosed with Gaucher disease, a person needs close medical supervision for many years. Since the disease affects various organs, medical care is provided by a team of doctors, including a hematologist, rheumatologist, orthopedist, gastroenterologist, neurologist, and psychiatrist. Modern medicine allows to significantly improve the condition of such patients. A special role belongs to the interdisciplinary approach and genetic counseling of families.

Keywords: Gaucher disease, lysosomal enzyme deficiency, glucocerebrosidase, genetic aspects of the disease, enzyme replacement therapy, substrate reduction therapy, symptomatic treatment, prevention of Gaucher disease.

Відомості про автора / Information about the Author

Діскант Максим, студент 181 групи, спеціальність 227 «Терапія та реабілітація» ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: diskantmaksim4@gmail.com

Diskant Maksym, student of group 181, specialty 227 «Therapy and Rehabilitation» of Petro Mohyla National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: : diskantmaksim4@gmail.com

Невинський О. Г., кандидат технічних наук, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: nevinsky54@ukr.net

Nevynskyi O.G., PhD in Technical Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacy, Pharmacology, Medical, Bioorganic and Biological Chemistry, Petro Mohyla National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: nevinsky54@ukr.net, ORCID: 0000-0002-7168-0299

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК

Тези представляють теоретико-методологічний аналіз впливу ампутації на психологічну та мотиваційну сферу особистості, роль внутрішнього переживання ампутації в процесах комплексної реабілітації, психосоціальної адаптації та соціальної інтеграції людей, що мають ампутації.

Наголошується, що особливості емоційного проживання ампутації, прийняття зміненого образу власного тіла та ризики соціальної стигматизації та ізоляції – є значущим фактором у відновленні якості життя, показників активності та участі у осіб з ампутаціями. Визначається важливість ранньої психологічної реабілітації та психосоціальної підтримки як важливого компоненту комплексної реабілітації осіб з ампутаціями.

Ключові слова: ампутація, емоційне реагування, образ власного тіла, комплексна реабілітація, психосоціальна-адаптація, показники активності та участі.

Ампутація є серйозною кризовою подією в житті людини, яка позначається як на фізичному, так і на психологічному стані людини, значно впливає на її емоційне благополуччя, самооцінку, здатність до соціальної адаптації та загальну якість життя. Насамперед це втрата фізичної функціональності й зміна зовнішнього вигляду тіла, що становить важке психологічне випробування. Така подія кардинально змінює звичний спосіб життя, впливає на почуття власної ідентичності, викликає глибокий стрес, тривогу щодо майбутнього, відчуття безсилля, ізоляції, втрату мотивації до соціальної активності, а також може призвести до емоційної нестабільності, депресії чи навіть суїцидальних думок [2].

За даними Національної служби здоров'я України (НЗСУ) протягом 2022-2024 років в Україні провели 93566 ампутацій. Переважна більшість з них – наслідки військових дій, необережного поводження з вибухонебезпечними предметами (мінами, боєприпасами тощо). 45% ампутацій приходяться на верхні кінцівки, 55% – нижні. Близько 30% – множинні ампутації (дві і більше кінцівок).

Реабілітація після ампутації включає не тільки фізичне відновлення, а й роботу з психологічною травмою, емоційною стабілізацією, прийняттям змін у тілі та пристосуванням до нової реальності життя. Недостатній доступ або відсутність якісної психологічної реабілітації та психосоціальної підтримки може спричинити розвиток депресії, тривожних станів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та призвести до соціального відчуження [1].

Внутрішнє проживання ампутації — тобто глибоке емоційне осмислення та прийняття втрати кінцівки — є ключовим чинником, що безпосередньо впливає на ефективність комплексної реабілітації. Людина, яка проходить через ампутацію, стикається не лише з фізичними обмеженнями, а й із психологічними травмами, що можуть суттєво впливати на мотивацію до участі в реабілітаційних заходах.

З психологічної точки зору, ампутація переживається як серйозна втрата, викликає глибокі емоційні переживання та проходить через кілька стадій адаптації. Досліджень щодо психоемоційних аспектів проживання ампутації на даний момент небагато, проте, більшість з них характеризують процес проживання ампутації за двома класичними моделями:

1. Модель п'яти стадій горювання Єлізабет Кюблер-Росс;
2. Модель дуального процесу Stroebe and Schut.

Обидві моделі наголошують, що процес переживання ампутації як втрати є складним та багатограним. Кожна людина проходить ці стадії індивідуально, з різною інтенсивністю та тривалістю. Важливою є підтримка близьких, фахова психологічна допомога та реабілітаційна підтримка, що допомагають людині не лише прийняти свою нову реальність, а й знайти нові можливості та сенси [3].

Найболючішим психологічним аспектом ампутації є зміна образу власного тіла.

Образ власного тіла є невід'ємною складовою самосвідомості та ідентичності особистості. Радикальні зміни зовнішності, страх вирізнятися серед інших, втрата фізичної цілісності чи привабливості часто стають джерелом глибокої психологічної травми. Сприйняття свого тіла формується на основі індивідуального досвіду – як людина відчуває й оцінює свій вигляд, а також залежить від того, наскільки він відповідає її внутрішнім очікуванням і соціальним нормам, що панують у культурному середовищі. Важливу роль відіграє й оцінка з боку значущих соціальних груп, особливо у психологічно вразливі періоди життя.

Образ тіла істотно впливає на загальний психологічний стан людини: він визначає рівень самооцінки, характер міжособистісної взаємодії, професійну реалізацію та загальну якість життя. Позитивне сприйняття власного тіла сприяє емоційному благополуччю, впевненості у собі та підтримці здорової поведінки. Натомість негативне ставлення до зміненого зовнішнього вигляду часто призводить до депресії, ізоляції та погіршення фізичного здоров'я [3].

Ампутація суттєво змінює уявлення про власне тіло, викликаючи порушення звичного образу «я». Ці труднощі часто ускладнюються негативними соціальними реакціями: люди з ампутаціями нерідко стикаються з осудом, жалістю або страхом з боку інших. Подібне ставлення суспільства впливає на внутрішнє відчуття цілісності, привабливості, функціональності та прийнятності, посилюючи психологічне навантаження та ускладнюючи процес адаптації.

Ключові аспекти змін образу тіла після ампутації охоплюють кілька важливих сфер:

- Фізична цілісність – людина може сприймати своє тіло як неповне, що супроводжується глибоким відчуттям втрати;
- Функціональність – обмеження у русі або здатності виконувати повсякденні дії знижують відчуття самостійності та впевненості у власних можливостях;
- Привабливість і сексуальність – це особливо актуально для молоді, яка може сприймати ампутацію як фактор, що негативно впливає на їхню зовнішню привабливість і стосунки з потенційними партнерами;
- Соціальне сприйняття – після ампутації люди часто відчувають зміни у ставленні з боку оточення, що може викликати побоювання щодо стигматизації, співчуття чи навіть відчуження [4].

Ампутація кінцівки має значний вплив на самооцінку та ідентичність людини, змінюючи її уявлення про власне тіло та роль у суспільстві. Реакція на втрату кінцівки суттєво залежить від віку, соціальної підтримки та психологічної стійкості. У дітей ключову роль відіграє адаптація через гру, соціалізацію та підтримку батьків й однолітків; у дорослих найбільший виклик – збереження професійної та особистої ідентичності, у людей похилого віку важливим є підтримка незалежності та позитивне ставлення до життя [1].

Психологічна реабілітація осіб після ампутації є багатокомпонентним процесом, спрямованим на відновлення психоемоційного стану, формування адаптивних механізмів, прийняття зміненого образу тіла та реінтеграцію в соціальне середовище. Вона є невід'ємною складовою комплексної медико-соціальної допомоги та повинна реалізовуватись паралельно з фізичною, протезно-ортопедичною та соціальною реабілітацією.

Психологічна реабілітація умовно поділяється на декілька послідовних етапів:

1. Кризове втручання (гострий період після ампутації). Метою цього етапу є стабілізація емоційного стану, подолання шоку, страху, агресії, почуття безпорадності. Основний фокус спрямований на надання емоційної підтримки, психоедукації щодо нормальних реакцій на травму та зниження рівня тривожності.

2. Психологічна підтримка в період адаптації до змін. На цьому етапі особлива увага приділяється формуванню нової тілесної ідентичності, роботі з образом тіла, зниженню депресивної симптоматики, розвитку внутрішніх ресурсів, мотивації до реабілітації та протезування.

3. Формування стратегій подолання та особистісного зростання. Робота спрямована на розвиток копінг-стратегій, підвищення рівня самооцінки, соціальних навичок, повернення до активної професійної, соціальної та родинної ролі. Важливим є створення нової життєвої перспективи та сенсу.

4. Підтримуючий супровід (довготривалий етап). Реалізується у формі періодичних консультацій, груп підтримки, психологічного моніторингу для попередження рецидивів тривожних та депресивних станів [5].

Психологічна реабілітація повинна здійснюватись з дотриманням ряду методичних принципів:

- Індивідуальний підхід – урахування особистісних характеристик, життєвої ситуації, віку, статі, причин ампутації та рівня соціальної підтримки.
- Комплексність – поєднання психологічної допомоги з іншими видами реабілітації (медичної, фізичної, соціальної, професійної).
- Безперервність та поетапність – системна робота на всіх етапах постампутаційного періоду.
- Мультидисциплінарний підхід – залучення до процесу психологів, психотерапевтів, фізичних терапевтів, соціальних працівників, протезистів.

- Сприяння автономії – підтримка процесу самостійного прийняття рішень, повернення контролю над життям.

Основні методи, котрі використовуються в процесі психологічної реабілітації осіб з ампутаціями наступні:

- Психоедукація – інформування про психологічні реакції на ампутацію, етапи переживання втрати, можливості адаптації.
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – корекція дезадаптивних переконань, зменшення тривожності та депресії, формування позитивного образу тіла.
- Тілесно-орієнтовані практики – сприяють відновленню зв'язку зі зміненим тілом, зменшенню соматичних симптомів і фантомного болю.
- Емоційно-експресивні методи – арт-терапія, музикотерапія, драма-терапія для вивільнення емоцій та опрацювання травми.
- Групова терапія та групи підтримки – створюють середовище прийняття, взаємопідтримки, забезпечують зниження ізоляції та сорому.
- Сімейне консультування – допомагає близьким зрозуміти процес адаптації людини з ампутацією, покращує сімейні взаємини.
- Методи розвитку стресостійкості та майндфулнес – медитативні практики, дихальні техніки, навчання саморегуляції.
- Психосоціальний аспект реабілітації чинить суттєвий вплив на ключові ланки функціонування людей з ампутаціями: рівень повсякденної активності, соціальну участь та загальну якість життя. Ефективність психологічної реабілітації визначається не лише зменшенням симптомів психоемоційної дезадаптації, а й покращенням здатності особи брати активну участь у житті, реалізовувати себе в особистій, професійній та суспільній сферах.

Після ампутації багато осіб стикаються з труднощами у виконанні базових щоденних завдань (пересування, самообслуговування, ведення домашнього господарства), що часто супроводжується відчуттям безпорадності та втрати автономії. Психологічна реабілітація сприяє:

- **Підвищенню мотивації до участі в фізичній реабілітації та використання допоміжних засобів** (зокрема протезів);
- **Розвитку впевненості у власних силах**, що є основою для формування навичок самостійного життя;
- **Зниженню страхів перед невдачею або болем**, які можуть блокувати ініціативу та активність;
- **Активації когнітивних стратегій подолання труднощів**, що сприяє пошуку альтернативних шляхів виконання повсякденних дій.

Соціальна ізоляція, втрата контактів, відчуття «інакшості» — часті наслідки ампутації. Психологічна підтримка в цьому контексті має такі ефекти:

- **Відновлення соціальних зв'язків** через зменшення тривоги та сорому щодо зміненого тіла;
- **Стимулювання участі в суспільному житті**, включно з професійною діяльністю, навчанням, культурними заходами;
- **Формування навичок комунікації** у нових умовах, подолання стигматизації та внутрішньої дискримінації;
- **Покращення сімейних відносин**, які часто змінюються після травми, шляхом залучення близьких до процесу реабілітації.

Якість життя після ампутації значною мірою залежить не лише від фізичного стану, а й від рівня психологічного благополуччя та суб'єктивного сприйняття власного життя. Психологічна реабілітація:

- **Зменшує прояви депресії, тривожності, ПТСР**, які є основними чинниками зниження життєвої задоволеності;
- **Сприяє прийняттю нового образу тіла**, що позитивно впливає на самооцінку та емоційне самопочуття;
- **Допомагає формувати нові цілі, смисли та бачення майбутнього**, що є фундаментом для зростання після травми (post-traumatic growth);
- **Покращує загальну суб'єктивну оцінку якості життя** у сферах фізичного, психологічного, соціального та духовного функціонування.

Таким чином, психологічна реабілітація після ампутації не лише знижує рівень психоемоційного стресу, але й прямо впливає на ефективність фізичного відновлення, повернення до активного життя, соціальної включеності та загального життєвого задоволення. Вона є критичним фактором у забезпеченні цілісної, результативної та гуманістично орієнтованої моделі допомоги особам з ампутацією.

References

1. Ghous, M. (2015). Депресія: поширеність серед людей з ампутованими кінцівками [Depression: prevalence among people with amputated limbs]. Professional Medical Journal, 22(2), 263-266 [in Ukrainian].
2. Kashani, J.H., Frank, R.G., Kashani, S.R., Wonderlich, S.A., & Reid, J.C. (2013). Depression among amputees. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6863225/>
3. Sahu, A., Sagar, R., Sarkar, S., & Sagar, S. (2016). Psychological effects of amputation: A review of studies from India. Industrial Psychiatry Journal, 25(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196041>
4. Singh, S., Saini, R., Mathur, R., Sarkar, S., & Sagar, R. (2023). The prevalence of depression in people following limb amputation: A systematic review and meta-analysis. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38657566/>
5. Srivastava, K., Saldanha, D., Chaudhury, S., Ryali, V., Goyal, S., Bhattacharyya, D., & Basannar, D. (2010). A study of psychological correlates after amputation. Medical Journal Armed Forces India, 66(4), 367-373.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.05

Olena Drobotun

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE COMPLEX REHABILITATION OF PEOPLE WITH LIMB AMPUTATION

The thesis presents a theoretical and methodological analysis of the impact of amputation on the psychological and motivational sphere of the individual, the role of the internal experience of amputation in the processes of comprehensive rehabilitation, psychosocial adaptation and social integration of people with amputations.

It is emphasized that the peculiarities of emotional living with amputation, acceptance of the changed image of one's own body and the risks of social stigmatization and isolation are a significant factor in restoring the quality of life, activity and participation of people with amputations. The importance of early psychological rehabilitation and psychosocial support as an important component of comprehensive rehabilitation of people with amputations is determined.

Key words: *amputation, emotional response, body image, comprehensive rehabilitation, psychosocial adaptation, activity and participation indicators.*

Відомості про автора / Information about the Author

Олена Дроботун, старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: tsentr_niko@ukr.net.

Olena Drobotun, Senior Lecturer at the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: tsentr_niko@ukr.net.

© О. Дроботун

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ ПОЛІМЕРНОЇ МОДЕЛІ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ НА ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТАХ

Однією з важливих проблем сучасної стоматології є лікування пацієнтів з повною втратою зубів. Пропонуються різноманітні способи фіксації протезів на беззубих щелепах, та радикально проблему вирішує тільки імплантологія. Внутрішньокісткові імплантати є ефективним та перспективним напрямком ортопедичного лікування. Але відсутність ефекту відновлення кісткової тканини, втраченої при хірургічному втручанні, часто призводить до виникнення неприпустимо високих механічних напружень на границях кістка-імплантат та ризику руйнування щелепи. Для оптимізації процесу протезування необхідне неінвазивне експериментальне дослідження локальних мікродеформацій кісткової тканини в околі імплантата. В дослідницькій практиці для цього часто застосовуються неруйнівні лазерні методи голографічної та спекл-інтерферометрії. У роботі розглядається спрощений підхід до можливості експериментальної візуалізації максимально деформованої ділянки полімерної моделі щелепи методом цифрової електронної спекл-інтерферометрії (ЕСІ). Розроблений експериментальний стенд з використанням простої оптичної схеми інтерферометра дозволяє проведення оперативних випробувань запропонованих варіантів імплантатів і оцінки їх впливу на міцність кісткових структур.

Ключові слова: стоматологія, імплантат, деформація, міцність, спекл-інтерферометрія.

Проблеми, що виникають в ортопедичній стоматології при хірургічному втручанні, пов'язані з видаленням деякого об'єму щелепи та з особливостями силової взаємодії впровадженого імплантату з кістковою тканиною. Неприпустимо високі механічні напруження на границях кістка – імплантат та ризик руйнування опори робить актуальними питання оптимізації форми і параметрів різьбової частини імплантату. Результати теоретичних рішень з використання сучасних розрахункових програмних комплексів ANSYS, NASTRAN, COSMOS та інших можуть бути лише орієнтовними і вимагають верифікації. Оцінити придатність для стоматології різних варіантів протезів можливо лише після експериментальної оцінки деформованого стану ділянки щелепи в околі імплантата. Традиційні експериментальні методи електротензометрії та фотопружності для визначення мікродеформацій кісткових структур практично неприйнятні. Тому в біомеханіці оцінка міцності та пружності біотканин часто проводиться з допомогою безконтактних неруйнівних методів голографічної та спекл-інтерферометрії [1, 2]. Роздільна здатність голографічних інтерферограм [3] є дещо вищою, ніж у спекл-інтерферограм, але по інформативності вони практично еквівалентні. Фіксація голограм передбачає реєстрацію на спеціальних фотоматеріалах високочастотної інтерференційної структури (більше 1000 ліній на міліметр), з використанням складного фотохімічного процесу. А цифрові електронні спекл-інтерферограми формуються комп'ютерною програмою в реальному часі, без використання проміжного фотоносія, при значно простішій технології, меншій трудомісткості і значно більшій оперативності їх реєстрації [4]. Тому для аналізу взаємодії між протезом та щелепою використано саме цей метод.

Відпрацювання методики проводилось на створеному експериментальному стенді. Тестова ізотропна модель ділянки щелепи виготовлена з поліметилметакрилату у вигляді прямокутного паралелепіпеду (рис. 1а) розмірами $a=25$ мм, $b=15$ мм, $c=35$ мм. З урахуванням розмірів підборіддя нижньої щелепи імплантат діаметром 2 мм впроваджувався в компаундний масив на глибину 10 мм на відстані 1 мм від грані D.

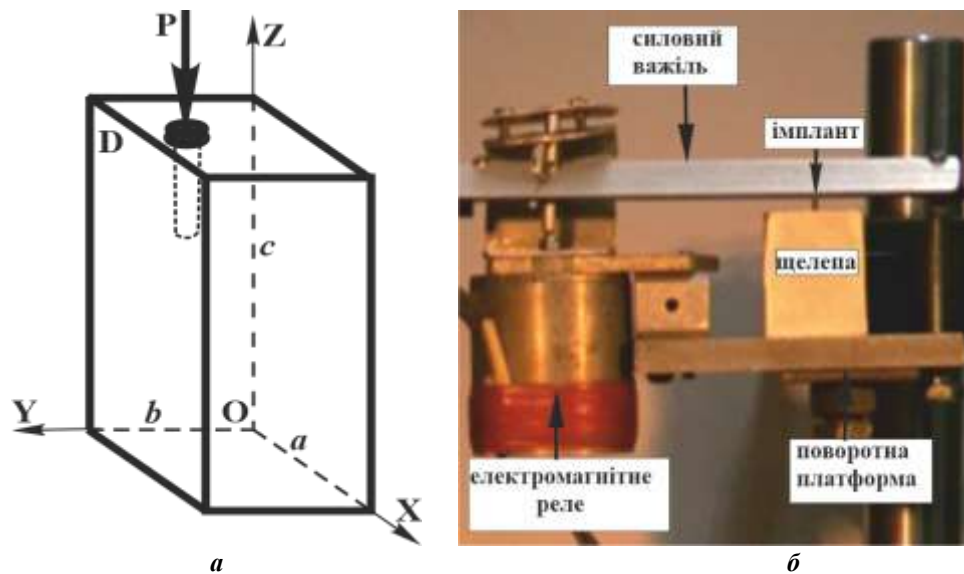


Рис. 1. Експериментальне моделювання жувального процесу:
 а – полімерна модель ділянки щелепи з імплантом;
 б – механізм створення циклічного навантаження на імплантат.

Доцільність такого розташування обумовлена прагненням дослідити деформації шарів щелепної тканини, що безпосередньо межують з протезом. Циклічне жувальне навантаження реалізується спеціальним важільного пристрою з електромагнітним приводом (рис. 1б). Сила P діяла на імплантат в осьовому напрямку (паралельно вісі Z). Її величина та період зміни задається синусоїдальним сигналом комп'ютера (ПК) (рис. 2), який після підсилення підсилювачем постійного струму (ППС) подається на силове електромагнітне реле навантажувального пристрою (НП). Період навантаження змінювався у межах від чотирьох до десяти секунд, а його амплітуда (максимальна 95 Н) підбиралась по верхній границі чутливості інтерферометра та контролювалась за допомогою електронного осцилографа (ЕО). Пристрій дозволяє відтворювати навантаження в циклі з точністю до 0,05 Н.

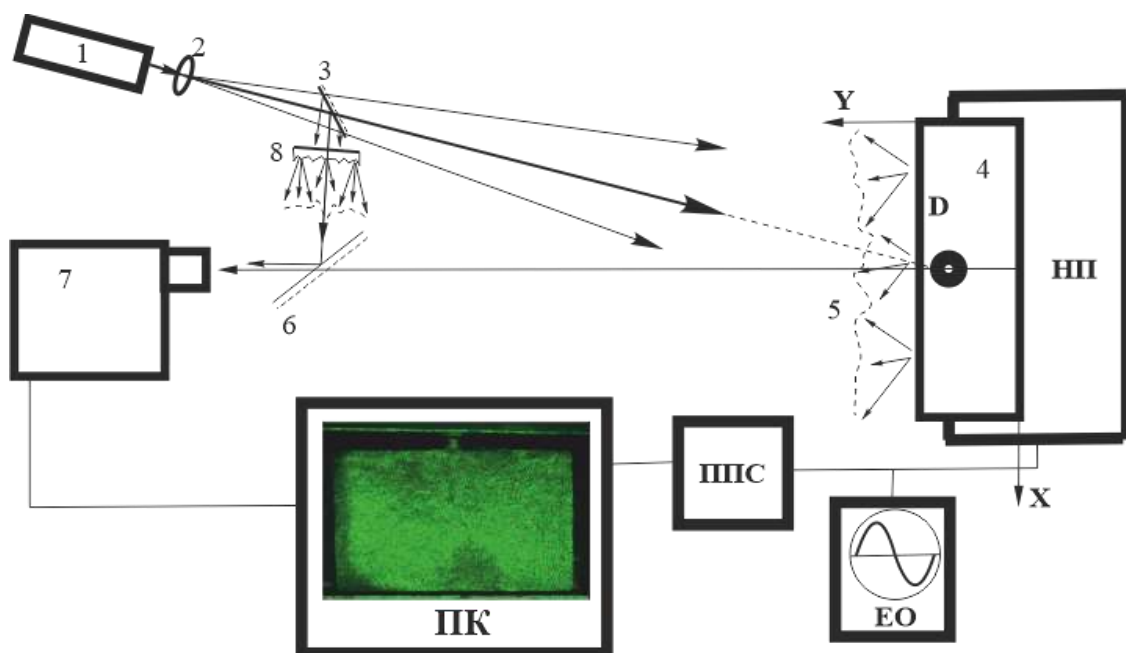


Рис. 2. Оптична схема та апаратне забезпечення експериментального стенду.

У спекл-інтерферометрії джерелом когерентного випромінювання служить малогабаритний твердотільний лазер 1 з діодною накачкою (DPSS – лазер). Його випромінювання потужністю 30 мВт має довжину хвилі $\lambda=0,532$ мкм і довжину когерентності 1 м. Оптична інформація відображається цифровою відеокамерою 7, котра в реальному часі створює відеопотік 25 кадрів в секунду з розбиттям по яскравості на 256 градацій. Її роздільна здатність не достатня для реєстрації голограм, але дозволяє передавати на комп'ютер ПК картини лазерних спеклів (спеклограм). Спекли – це згустки світлової енергії, що є результатом нерегулярної інтерференції дифузно розсіяного світла. Їх інтенсивність та фаза при переході від спекла до спекла хаотично змінюються, але в межах одного спеклу світлові коливання завжди синфазні [5]. Спекли, що виникають біля поверхні розсіювання, називаються об'єктивними, а які формуються при отриманні зображення спекл-поля на екрані, суб'єктивними. Важливо, що розміри суб'єктивних спеклів при діафрагмуванні фокусуємого об'єктиву збільшуються, і знаходяться в межах 1 – 100 мкм. Тому реєстрація спеклограм вимагає значно меншої роздільної здатності відеосенсора.

Формування спекл-інтерферограм відбувається таким чином. Випромінювання лазера 1 розширюється мікрооб'єктивом 2 і світлоділником 3 ділиться на два пучки. Світлова хвиля, що пройшла через ділник, освітлює шорстку площину D полімерної моделі 4 в напрямку, близькому до нормалі. Розсіяне світло створює предметний пучок 5, який проходить через світлоділник 6 і об'єктивом камери фокусується на відеоматриці у вигляді предметного спекл-поля. Випромінювач 1 і камера 7 розміщені компактно блоком на відстані від об'єкта 4, що значно перевищує його розміри. Тому світлову хвилю, що освітлює грань D, без суттєвої похибки можна вважати плоскою, а напрямки освітлення та спостереження всіх точок об'єкта і вектор чутливості інтерферометра колінеарними вісі Y. Відбите ділником 3 світло проходить через пропускаючий розсіювач 8 і перетворюється на дифузну опорну хвилю. На ділнику 6 вона об'єднується з предметною хвилею і створює на відеоматриці опорне спекл-поле. Інтерференція предметних і опорних спеклів формує на матриці поле результатуючих спеклів. Після деформування зразка його цифрове зображення (спеклограма) з урахуванням геометрії інтерферометра має вигляд [4]:

$$B(x, z) = K(I_R(x, z) + I_S(x, z) + 2\sqrt{I_R(x, z)I_S(x, z)} \cos\left(\frac{4\pi}{\lambda} \cdot U_y(x, z) + \varphi(x, z)\right)) \quad (1),$$

де $B(x, z)$ – яскравість точок цифрового зображення спекл-поля;

K – коефіцієнт пропорційності між інтенсивністю спеклів та яскравістю їх зображення (визначається параметрами відеосистеми);

$I_R(x, z)$, $I_S(x, z)$ – інтенсивності опорного і предметного спекл-поля;

$\varphi(x, z)$ – початкові різниці фаз опорного і предметного пучків.

$U_y(x, z)$ – нормальна компонента переміщень.

Значення $U_y(x, z)$ в співвідношенні (1) зашифровані випадковою функцією $\varphi(x, z)$, яка практично не піддається визначенню. Для декодування спеклограм [6] використовується метод спекл-кореляції. В ЕСІ кореляційне порівняння зображень спекл-полів реалізується їх поелементним відніманням, а модуль цієї різниці визначає яскравість $B_i(x, z)$ сформованої спекл-інтерферограми [7]. Якщо в якості опорного зображення служить спеклограма (1) початкового стану спекл-поля (при $U_y(x, z) = 0$), то, віднімаючи від неї всі наступні кадри, отримуємо інтерферограми деформаційних переміщень у вигляді:

$$B_i(x, z) = 4K \left| \sqrt{I_R(x, z)I_S(x, z)} \sin\left(\frac{2\pi}{\lambda} U_y(x, z) + \varphi(x, z)\right) \sin\left(\frac{2\pi}{\lambda} U_y(x, z)\right) \right| \quad (2).$$

Регулярну картину смуг тут визначає множник $\left| \sin\left(\frac{2\pi}{\lambda} U_y(x, z)\right) \right|$, а робоче співвідношення для обчислення переміщень має вигляд [4]:

$$U_y(x, z) = \frac{\lambda}{2} n_y(x, z) \quad (3),$$

де $n_y(x, z) = 0, 1, 2, \dots$ – кількість смуг, на яку змістилась картина інтерференції в точках (x, z) площини D.

Частота зміни інтерферограм відповідає кадровій частоті відеокамери, що важливо для детального аналізу деформування зразка в процесі навантаження. На рис.3 наведені окремі кадри відеограм, що відповідають переміщенням $U_y(x, z)$ при збільшенні сили P .

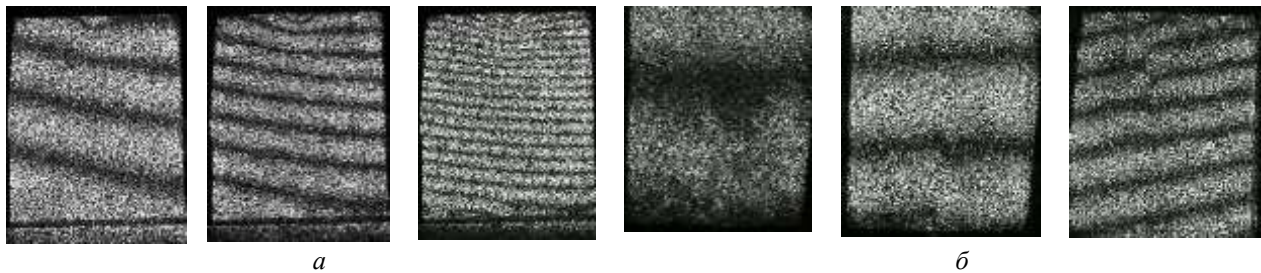


Рис. 3. Приклади різницевих спекл-інтерферограм:
а) – для суцільного зразка; б) – при появі мікротріщини.

Але для обчислення напруженого стану щелепи необхідна повну визначеність матриці переміщень і її апроксимація [8]. Це вимагає оцифрування мінімум трьох інтерферограм типу (2), (3) з різними напрямками векторів чутливості, а стандарт ускладнюється трикомпонентною оптичною схемою. Хоча в більшості досліджень нема необхідності проводити кількісну інтерпретацію інтерферограм з визначенням поля деформацій, важливо лише локалізувати зони їх екстремумів. Для цього достатньо провести якісний аналіз картини інтерференції, і при фіксованих навантаженнях на протез виділити зону максимального градієнта густини смуг (рис.3а). Надійним індикатором надмірних механічних напружень є поява в моделі кісткової тканини зародків мікротріщин. На інтерферограмі вони візуалізуються розривом смуг інтерференції і свідчать про початок руйнування кісткової тканини (рис.3.б). Найбільш стисненими при цьому виявляються області кісткової тканини на глибині $1 \div 1,2$ від довжини різбової частини на вісі імплантанта.

Досвід роботи показав, що метод ЕСІ дозволяє ефективно розв'язувати проблеми неруйнівного безконтактного аналізу деформацій в зубному протезуванні. При роботі з моделями простим і надійним способом локалізації зон екстремальних напружень є метод візуалізації мікротріщин при плавному збільшенні контрольованого навантаження на протез. Запропонована спрощена методика дозволяє оперативно проводити експрес-дослідження доцільності тих чи інших доробок в конструкції протезів.

References

1. Trunov, O.M., Zolotyy, YU.H., Zhuk I.YU. (2007) Eksperymental'ne doslidzhennya deformuvannya tverdykh biotkanyu pry statychnomu ta kvazistatychnomu navantazhenni metodom holohrafichnoyi interferometriyi // *Primenenie lazerov v medicine i biologii : materialy XXVII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii*, 18–21 aprel'ya 2007 g. – Harkov : HNU im. V. N. Karazina, 2007. – pp. 165–168. [in Ukrainian].
2. Popovich, I. Yu., Petrushanko, T. O. (2008) Analiz napruzhenno-deformovanogo stanu vidnovlenih frontalnih devitalnih zubiv metodom golografichnoyi interferometriyi // *Suchasna stomatologiya*. - 2008. - № 1. - pp. 189-192. [in Ukrainian].
3. Ostrovsky Yu.I., Shchepinov V.P., Yakovlev V.V. *Holographic Interferometry in Experimental Mechanics*. – Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1991. – P. 182–320. [in English].
4. Jones R., Wykes C. (1989), *Holographic and Speckle Interferometry*. 2 edition, Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511622465> [in English].
5. Goodman J.W. *Speckle Phenomena in Optics: theory and applications*. – Englewood: Roberts and Company Publishers, 2007. – P. 162–248. [in English].
6. Muravskij, L., Voronyak, T. (2013) Metodi elektronnoyi spekl-interferometriyi dlya doslidzhennya poverhnevih deformacij materialiv. *Elektronika ta informacijni tehnologii*. 2013. Vipusk 3. pp. 3–27. [in Ukrainian].
7. Voronyak, T.I., Ivanickij, Ya.L., Muravskij, L.I., Semenec O.I. (2013) *Doslidzhennya deformuvannya ta rujnuvannya kompozitiv zasobami elektronnoyi spekl-interferometriyi*. *Fiziko-himichna mehanika materialiv* – 2013 *Physicochemical Mechanics of Materials*. [in Ukrainian].
8. Bozhidarnik, V.V., Sulim, G.T. (1994) *Elementi teoriiy pruzhnosti*. — Lviv: Svit, 1994. — 560 p. [in Ukrainian].

**EXPERIMENTAL STUDY OF THE DEFORMED STATE OF A POLYMERIC JAW MODEL DURING
PROSTHETICS ON INTRAOSSEOUS IMPLANTS**

One of the key challenges in modern dentistry is the treatment of patients with complete tooth loss. Various methods for securing prostheses on edentulous jaws are proposed, but implantology remains the only radical solution to the problem. Endosseous implants represent an effective and promising approach to orthopedic treatment. However, the lack of bone tissue regeneration following surgical intervention often leads to unacceptably high mechanical stress at the bone-implant interface, increasing the risk of jaw fracture. To optimize the prosthetic process, a non-invasive experimental study of local micro-deformations in the bone tissue around the implant is necessary. In research practice, non-destructive laser methods such as holographic and speckle interferometry are often used for this purpose. The study examines a simplified approach to experimental visualization of the most deformed area of a polymer jaw model using digital electronic speckle interferometry (ESI). The developed experimental setup, utilizing a simple optical interferometer scheme, enables rapid testing of proposed implant variants and assessment of their impact on bone structure strength.

Key words: dentistry, implant, deformation, strength, speckle interferometry.

Відомості про автора / Information about the Author

Ірина Жук, старший викладач кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: iryna.zhuk@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7350-1944>.

Iryna Zhuk, Senior Lecturer, Department of Hygiene, Social Medicine, Public Health and Medical Informatics, Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: iryna.zhuk@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7350-1944>.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ У ЖІНОК ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Тези присвячені впливу ожиріння на процес функціонального відновлення у жінок після інфаркту міокарда. Жінки з ожирінням рідше беруть участь у кардіореабілітаційних програмах, гірше переносять фізичні навантаження і демонструють нижчий рівень досягнення функціональних цілей, що підтверджується даними щодо меншого приросту фракції викиду та частішими скаргами на біль і задишку під час навантажень.

Для ефективного відновлення цієї категорії пацієнток необхідний комплексний індивідуалізований підхід, що включає корекцію способу життя, медикаментозне лікування супутніх станів, психологічну підтримку та усунення гендерної упередженості в медичній системі.

Ключові слова: ожиріння, інфаркт міокарду, кардіореабілітація, гендерний аспект, жіноча стать

Ожиріння залишається однією з провідних проблем охорони здоров'я у всьому світі, і його значення особливо зростає у контексті серцево-судинних захворювань. Жінки, які перенесли інфаркт міокарда, стикаються з особливими викликами у процесі відновлення, і наявність надлишкової маси тіла або ожиріння може суттєво ускладнити цей процес [1, 2]. Функціональне відновлення, яке включає відновлення фізичної активності, покращення якості життя та профілактику повторних серцевих подій, часто є менш ефективним у пацієнток з ожирінням.

З фізіологічної точки зору, ожиріння асоціюється з хронічним запаленням, інсулінорезистентністю, дисліпідемією та ендотеліальною дисфункцією — факторами, які погіршують репараційні процеси в серцевому м'язі після ішемічного ушкодження. Крім того, надмірна вага призводить до зниження толерантності до фізичних навантажень, що утруднює проходження кардіореабілітації, яка є ключовим елементом вторинної профілактики. У жінок ці обмеження часто поєднуються з віковими, гормональними та психоемоційними змінами, що ще більше ускладнює процес відновлення [2].

Згідно з численними дослідженнями, жінки з ожирінням мають вищу імовірність госпіталізації, пов'язаної з серцево-судинними ускладненнями після первинного інфаркту, та нижчий рівень досягнення функціональних цілей після реабілітації. Частіше спостерігаються депресивні розлади, тривожність і соціальна ізоляція, що знижує мотивацію до змін способу життя. Варто відзначити також, що жінки частіше за чоловіків недооцінюють серйозність стану і рідше беруть участь у програмах реабілітації.

Разом з тим, правильне ведення жінок з ожирінням після інфаркту має потенціал значного покращення результатів. Індивідуалізовані підходи до дієтичного консультивання, психологічної підтримки, поступового нарощування фізичної активності та медикаментозного контролю супутніх станів (гіпертензія, діабет) можуть забезпечити ефективне функціональне відновлення навіть у пацієнток із тяжким ступенем ожиріння. Важливим є також усунення гендерної упередженості у системі охорони здоров'я та активне залучення жінок до програм кардіореабілітації.

Таким чином, ожиріння є серйозним бар'єром на шляху до повноцінного функціонального відновлення у жінок після інфаркту міокарда. Для подолання цього бар'єра необхідний комплексний підхід, що враховує як біологічні, так і психосоціальні чинники. Тільки через поєднання медичної, психологічної та соціальної підтримки можна досягти сталого покращення стану здоров'я і якості життя цієї вразливої категорії пацієнток.

За нашими даними, Жінки з ожирінням відновлювали толерантність до фізичних вправ повільніше, ніж чоловіки з ожирінням, а також жінки без ожиріння. Нерідко під час реабілітації пацієнтки з ожирінням відзначали обмеження рухливості, болі в суглобах, задишку при незначному навантаженні. Збільшення фракції викиду було в середньому на 15% нижчим у жінок порівняно з чоловіками, що можна пояснити гіршою продуктивністю під час фізичної активності.

Висновок: Викладене свідчить про те, що реабілітація постінфарктних кардіологічних хворих, що страждають на ожиріння, потребує комплексного підходу, спрямованого як на відновлення функціональних можливостей серцево-судинної системи, так і на корекцію способу життя, зокрема харчової поведінки та рухової активності, з урахуванням гендерних особливостей пацієнтів.

References

1. Aleksova A, Fluca AL, Beltrami AP, Dozio E, Sinagra G, Marketou M, Janjusevic M. Part 1-Cardiac Rehabilitation After an Acute Myocardial Infarction: Four Phases of the Programme-Where Do We Stand? J Clin Med. 2025 Feb 9;14(4):1117. doi: 10.3390/jcm14041117. PMID: 40004648; PMCID: PMC11856451.
2. Aleksova A, Fluca AL, Beltrami AP, Dozio E, Sinagra G, Marketou M, Janjusevic M. Part 2-Cardiac Rehabilitation After an Acute Myocardial Infarction: Timing and Gender Differences in Adherence; Where Do We Stand? J Clin Med. 2025 Feb 11;14(4):1189. doi: 10.3390/jcm14041189. PMID: 40004720; PMCID: PMC11856719.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.07

Yuliia Zhukova

IMPACT OF OBESITY ON FUNCTIONAL RECOVERY IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

This abstract focuses on the impact of obesity on the process of functional recovery in women following myocardial infarction. Women with obesity are less likely to participate in cardiac rehabilitation programs, have lower tolerance for physical exertion, and show reduced achievement of functional goals. These findings are supported by evidence of smaller increases in ejection fraction and more frequent complaints of pain and dyspnea during exercise.

Effective recovery in this patient group requires a comprehensive, individualized approach that includes lifestyle modification, pharmacological management of comorbidities, psychological support, and the elimination of gender bias within the healthcare system.

Keywords: obesity, myocardial infarction, cardiac rehabilitation, gender aspect, female sex

Відомості про автора / Information about the Author

Жукова Юлія, аспірант кафедри терапевтичних дисциплін, науково-методичний інститут, ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна e-mail: zhujulia@proton.me ORCID: 0009-0005-1008-8514

Yuliia Zhukova, PhD student at the Department of Therapeutic Disciplines, Scientific and Methodological Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine e-mail: zhujulia@proton.me ORCID: 0009-0005-1008-8514

© Ю. Жукова

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.08

Тетяна Захаріна
Надія Чернуха

ПРОБЛЕМИ ТА СТРАТЕГІЧНІ ОРІЄНТИРИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ ВЕТЕРАНСЬКОГО РОЗВИТКУ

Тези представляють аналіз становлення інституту фахівця із супроводу ветеранів в умовах російсько-української війни в Україні. Акцентовано увагу на консолідованій взаємодії міжвідомчих інститутів, що сприяло створенню Центрів ветеранського розвитку у громадах України. Окреслено мету та завдання центрів ветеранського розвитку та визначено нормативно-правові документи, які є основою для здійснення підготовки фахівців із супроводу ветеранів на базі Центрів ветеранського розвитку в умовах ЗВО. Визначено освітні компоненти програми підготовки фахівців із супроводу ветеранів, окреслено проблеми, які виникають у закладах вищої освіти на базі яких створюються Центри ветеранського розвитку з метою підготовки фахівців із супроводу ветеранів та означено стратегічні орієнтири підготовки фахівців із супроводу ветеранів.

Ключові слова: фахівець із супроводу ветеранів, ветеран, демобілізовані ветерани, ЗВО, Центри ветеранського розвитку, стратегічні орієнтири.

Російсько-українська війна поставила перед нашим суспільством виклики, які пов'язані із допомогою і підтримкою різних соціальних груп населення, зокрема і ветеранів у процесі їх повернення до невоєнного соціуму після участі у бойових діях. На міжвідомчому рівні здійснюється пошук нових механізмів та інструментів, які сприятимуть успішному процесу повернення ветеранів. Зокрема, Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України консолідовано приймають рішення про необхідність створення Центрів ветеранського розвитку на базі ЗВО, які стануть просторами, де ветерани зможуть отримати певний перелік послуг, зокрема і послугу їх супроводу у процесі повернення до громади. У зв'язку з цим у 2022 році впроваджується пілотний проєкт Міністерства у справах ветеранів України щодо створення мережі Центрів ветеранського розвитку, що є важливою складовою в процесі формування й реалізації державної політики в сфері професійної адаптації, зайнятості, підвищення конкурентоспроможності на ринку праці ветеранів та членів їх сімей [5; 6; 7]. Основна мета створення Центрів ветеранського розвитку полягає в «зайнятості або самозайнятості ветеранів війни та членів їх сімей» [3]. До основних завдань Центрів ветеранського розвитку відноситься:

- забезпечення соціально-психологічного супроводу та правової підтримки;
- проведення профорієнтаційної роботи: первинне та поглиблене профілювання;
- інформаційні та консультаційні послуги, сприяння розробленню індивідуальних програм зайнятості тощо;
- координаційна робота задля підтвердження професійних кваліфікацій, здобутих шляхом неформального/інформального навчання;
- координаційна робота в реалізації навчальних (освітніх) програм підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації;
- взаємодія з суб'єктами освітніх послуг та суб'єктами господарювання, які надають послуги з посередництва в працевлаштуванні, зайнятості/самозайнятості;
- реалізація програм дорадництва та менторства, сприяння розвитку ветеранських підприємницьких ініціатив [3].

Діяльність Центрів ветеранського розвитку передбачає персоніфікований підхід у роботі з ветеранами, супровід ветеранів та членів їх сімей у процесі їх професійної перепідготовки, сприяння задоволенню освітніх потреб ветеранів та членів їх сімей, сприяння розвитку підприємницьких ініціатив, сприяння підвищення конкурентоспроможності ветеранів та членів їх сімей на ринку праці [5]. Відповідно до нормативно-правових документів, Міністерство у справах ветеранів України визначило механізми створення Центрів ветеранського розвитку: створення відокремленого структурного підрозділу на базі суб'єкта освітньої діяльності; укладання

договорів про співпрацю і взаємодію між закладами вищої освіти та Міністерством у справах ветеранів України; розроблення разом з Міністерством освіти України концептуальних засад діяльності Центрів ветеранського розвитку.

З 1 липня 2023 року у Львівській, Вінницькій, Дніпропетровській та Миколаївських областях стартував пілотний проєкт Кабінету Міністрів України, Міністерства у справах ветеранів України «Про реалізацію експериментального проєкту щодо впровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя» [3]. У рамках функціонування Центрів ветеранського розвитку з 2023 року відбувалась реалізація пілотного проєкту підготовка помічників ветеранів. В основу підготовки помічників ветерана покладено принцип «рівний-рівному». Обов'язки помічників ветеранів полягатимуть у супроводі ветеранів та членів їх сімей у процесі переходу від військового до цивільного життя.

У 2024 році Міністерство у справах ветеранів України розробляє документи, які є основою для підготовки фахівців із супроводу ветеранів на базі ЗВО. До таких документів відносяться: рекомендації щодо розроблення освітніх програм підвищення кваліфікації фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб; професійний стандарт «Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб»; Примірні посадові інструкції фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб; Методичні рекомендації з організації проведення відбору кандидатів на посаду фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб. Для здійснення підготовки фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб ЗВО послуговуються Постановою №307 від 18 березня 2024 року [2] та Постановою №432 від 21 червня 2017 року [1].

Станом на червень 2025 року в Україні функціонує дев'ятнадцять Центрів ветеранського розвитку на базі ЗВО у таких містах, як Вінниця, Дніпро, Миколаїв, Житомир, Львів, Полтава, Суми, Харків, Київ, Умань, Чернігів та інші. Для підготовки фахівців із супроводу ветеранів ЗВО розробляють освітні програми або програми підвищення кваліфікації «Організація роботи фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб» у межах другого рівня вищої освіти за спеціальністю **І10 «Соціальна робота та консультування»**. **Мета програми полягає у** формуванні у слухачів загальних і фахових компетентностей, передбачених професійним стандартом «Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб», необхідних для здійснення заходів з підтримки ветеранів війни, демобілізованих осіб, членів їх сімей, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, Захисників та Захисниць України (далі – клієнт) в рамках їх реінтеграції у територіальну громаду та забезпечення доступу до ресурсів задля покращення якості їх життєдіяльності [4].

Програми пропонують системний та комплексний підхід до опанування професійними компетентностями із застосування кейс-менеджменту у процесі супроводу ветеранів/ветеранок війни та демобілізованих осіб. Освітні компоненти програми орієнтовані на актуальні питання соціально-правового захисту, кейс-менеджменту, консультування та інформування у роботі з цільовою аудиторією, психологічної діагностики та терапії. Програми спрямовані на всебічне вивчення специфіки застосування кейс менеджменту у супроводі ветеранів/ветеранок війни та демобілізованих осіб, що забезпечує можливості для виконання ними відповідної професійної діяльності.

Навчання фахівців із супроводу ветеранів у ЗВО триває 5 тижнів у змішаному форматі. Програми підвищення кваліфікації містять 5 освітніх компонентів: ОК 1 Соціально-правовий захист ветеранів війни, демобілізованих осіб та членів їх сімей; ОК 2 Кейс-менеджмент у роботі з ветеранами війни, демобілізованими особами та їх сім'ями; ОК 3 Психосоціальна підтримка ветеранів війни, демобілізованих осіб та членів їх сімей; ОК 4 Ведення професійної документації та звітування; ОК 5 Адаптація ветеранів війни, демобілізованих осіб до життя у територіальній громаді [4]. Визначені освітні компоненти сприяють формуванню у майбутніх фахівців соціального супроводу компетенцій, що дозволяють професійно працювати із ветеранами та надавати їм підтримку у процесі їх реінтеграції.

У контексті нашого дослідження важливим є окреслення проблем, які виникають у закладах вищої освіти на базі яких створюються Центри ветеранського розвитку у процесі підготовки фахівців із супроводу ветеранів:

- відсутність єдиного критеріального підходу до вибору закладів вищої освіти з метою створення Центрів ветеранського розвитку. У переліку ЗВО, на базі яких вони створені, є університети, які не мають досвіду роботи з ветеранами та членами їх сімей, що, в свою чергу, ставить під сумнів якісну роботу Центрів ветеранського розвитку;
- неготовність НПП працювати з ветеранами в умовах ЗВО може призвести їх до психологічної травматизації;
- відсутність методичного забезпечення для підготовки фахівців із супроводу ветеранів;
- відсутність психологічного супроводу НПП, які працюють з ветеранами, призведе до професійного вигорання НПП;
- відсутність налагодженої взаємодії між Центрами ветеранського розвитку та територіальними громадами

у які повертаються ветерани;

- відсутність налагодженої взаємодії між Центрами ветеранського розвитку та фахівцями із супроводу у Територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки;
- недостатня поінформованість ветеранів про функціонування Центрів і послуг, які вони надають;
- недостатня кількість кредитів для підготовки фахівців із супроводу ветеранів. Підготовка, на наше переконання, має здійснюватися протягом трьох місяців та містити 500 годин, що надасть можливість сформувати необхідні компетенції для роботи із ветеранами з урахуванням усіх особливостей даної клієнтської групи.

Окреслені проблеми спонукають нас до розроблення стратегічних орієнтирів підготовки фахівців із супроводу ветеранів у Центрах ветеранського розвитку в умовах ЗВО:

1. Розробити критерії для відбору ЗВО на базі яких планується створення Центрів ветеранського розвитку.
2. НПП, які залучені до реалізації програми підготовки фахівців із супроводу ветеранів мають обов'язково пройти курси/тренінги по роботі із ветеранами.
3. Розробити систему наставництва для НПП, які працюють з ветеранами у межах програми.
4. Розробити методичне забезпечення підготовки фахівців із супроводу ветеранів.
5. Розробити програму психологічної підтримки НПП, які працюють з ветеранами.
6. Сформувати мережу міжсекторальної взаємодії між державними і громадськими організаціями, які надають послуги ветеранам у громадах.
7. Налагодження міжвідомчої взаємодії із Територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки щодо налагодження комунікації між фахівцем із супроводу ветеранів ТЦК та фахівцями із супроводу ветеранів у територіальних громадах.
8. Налагодження інформаційної кампанії в громадах стосовно підготовки фахівців із супроводу ветеранів на базі ЗВО шляхом активізації діяльності фахівців із супроводу ветеранів у громадах.
9. Збільшення кількості годин для підготовки фахівців із супроводу ветеранів у ЗВО до 500 годин протягом трьох місяців.

Отже, в сучасних умовах проблема підготовки фахівців із супроводу ветеранів є важливим кроком підтримки ветеранів на рівні громад. Окреслені проблеми та визначені стратегічні орієнтири є поштовхом для удосконалення процесу підготовки фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб, що є пріоритетним напрямом державної політики щодо підтримки ветеранів.

References

1. Kabinet Ministriv Ukrainy [Cabinet of Ministers of Ukraine] (2017) Pro zatverdzhennia Poriadku ta umov zabezpechennia sotsialnoi ta profesiinoi adaptatsii osib, yaki zvilniautsia abo zvilneni z viiskovoi sluzhby, z chysla veteraniv viiny, osib, yaki maiut osoblyvi zasluhy pered Batkivshchynoiu, chleniv simey takykh osib, chleniv simey zahybykh (pomerlykh) veteraniv viiny, chleniv simey zahybykh (pomerlykh) Zakhysnykiv ta Zakhysnyts Ukrainy: Postanova KМУ vid 21.06.2017 № 432 [On approval of the procedure and conditions for ensuring social and professional adaptation of persons discharged or released from military service, among veterans of war and other honored individuals and their families: *Resolution of the CMU of 21.06.2017 No. 432*]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/432-2017-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
2. Kabinet Ministriv Ukrainy [Cabinet of Ministers of Ukraine] (2024). Pro deiaki pytannia mentalnoi, sportyvnoi, fizychnoi, psykhologichnoi rehabilitatsii ta profesiinoi adaptatsii veteraniv viiny, chleniv yikh simey ta deiakykh inshykh katehoriy osib: Postanova KМУ vid 18.03.2024 № 307 [Some issues of mental, sports, physical, psychological rehabilitation and professional adaptation of war veterans and their families, and some other categories of persons: *Resolution of the CMU of 18.03.2024 No. 307*]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/307-2024-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
3. Ministerstvo u spravakh veteraniv Ukrainy [Ministry of Veterans Affairs of Ukraine] (2022). Ofitsiynyi sait – Official website. <https://surl.li/ixldyp> [in Ukrainian].
4. Ministerstvo u spravakh veteraniv Ukrainy [Ministry of Veterans Affairs of Ukraine] (2024). Pro zatverdzhennia Rekomendatsii shchodo rozroblennia osvithnikh prohran pidvyshchennia kvalifikatsii fakhivtsia iz suprovodu veteraniv viiny ta demobilizovanykh osib vid 22.08.2024 № 269 [On approval of recommendations for the development of educational programs for the professional development of specialists in support of war veterans and demobilized persons, 22.08.2024 No. 269]. <https://mva.gov.ua/pro-zatverdzhennya-rekomendatsiy-schodo-rozroblennya-osvithnih-program-pidvyshchennya-kvalifikatsii-fakhivtsya-iz-suprovodu-veteraniv-viyni-ta-demobilizovanih-osib-vid-22082024--269> [in Ukrainian].

5. Zakharina, T. (2023). Napriamy sotsialnoi roboty z veteranamy hibrydnoi viiny [Directions of social work with hybrid war veterans]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Serii: «Pedagogika. Sotsialna robota» – Scientific Bulletin of Uzhhorod University. Series: «Pedagogy. Social Work»*, 1(52), 55–60. <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2023.52.55-59> [in Ukrainian].
6. Zakharina, T. I. (2023). Kadrovyi resurs u strukturi reintehratsiinoho osvitnoho seredovyscha universytetu [Human resources in the structure of the reintegration educational environment of the university]. *International Scientific Journal of Universities and Leadership*, 16, 7–15. <https://doi.org/10.31874/2520-6702-2023-16-8-17> [in Ukrainian].
7. Zakharina, T.I. (2023). Osoblyvosti stvorennia reintehratsiinoho seredovyscha dlia veteraniv hibrydnoi viiny v umovakh zakladiv vyshchoi osvity [Peculiarities of creating a reintegration environment for veterans of hybrid war in higher education institutions]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky. Serii: «Pedagogika» – Perspectives and Innovations of Science. Series: «Pedagogy»*, 9(27), 197–206. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9\(27\)-197-206](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9(27)-197-206) [in Ukrainian].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.08

Tetiana Zakharina
Nadiia Chernukha

PROBLEMS AND STRATEGIC GUIDELINES OF TRAINING OF VETERAN SUPPORT SPECIALISTS IN VETERAN DEVELOPMENT CENTERS

The theses present an analysis of the development of the institute of veteran support specialists in the context of the Russian-Ukrainian war in Ukraine. Particular attention is paid to the consolidated interagency cooperation that facilitated the establishment of Veteran Development Centers within Ukrainian communities. The purpose and objectives of these centers are outlined, as well as the regulatory and legal framework that underpins the training of veteran support specialists within higher education institutions. The educational components of the training program are identified, current challenges faced by institutions of higher education hosting Veteran Development Centers are analyzed, and strategic guidelines for the preparation of veteran support specialists are defined.

Keywords: veteran support specialist, veteran, demobilized veterans, higher education institutions, Veteran Development Centers, strategic guidelines.

Відомості про автора / Information about the Author

Тетяна Захаріна, д-р пед. наук, доцент, професор кафедри соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна. E-mail: t.zakharina@knu.ua, orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0357-7457>

Tetiana Zakharina, Doctor of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Social Rehabilitation and Social Pedagogy, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine. E-mail: t.zakharina@knu.ua, orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0357-7457>

Надія Чернуха, д-р пед. наук, професор, професор кафедри соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна. E-mail: nm_chernukha@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5250-2366>

Nadiia Chernukha, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Doctor of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Social Rehabilitation and Social Pedagogy, Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine. E-mail: nm_chernukha@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5250-2366>

DOI 10.34132.msps2025.01.08.09

Лада Захарова

ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

У тезах доведено необхідність посилення психологічної компоненти у підготовці фізичних реабілітологів. Розглянуто основні напрямки теоретичної та практичної психологічної професійної і особистісної готовності до діяльності з особами з інвалідністю та хворих. Визначено потенціал практико орієнтованих дисциплін за вибором студентів.

Ключові слова: фізичний реабілітолог, комунікативна компетентність, психоедукація, резильєнтність

Сучасна фізична терапія орієнтована не лише на відновлення рухової функції, але й на комплексну реабілітацію пацієнта, що включає психологічну підтримку. Дослідження свідчать, що психоемоційний стан значно впливає на успішність реабілітації: пацієнти з високим рівнем тривожності або депресії мають нижчу комплаєнтність і повільніше відновлюються. Тому формування психологічних компетенцій у фізичних терапевтів є критично важливим для підвищення ефективності реабілітаційних втручань.

У процесі роботи крім безпосередньої професійної діяльності, фахівець має налагодити контакт з пацієнтом, зрозуміти, який стиль комунікації найбільш оптимальний; донести значущість тих чи інших втручань або процесів, необхідність постійних занять, особливостей фізичної активності, поведінки, способу життя; вміти вислухати, підтримати або спрямувати пацієнта (а іноді всю родину); володіти навичками профілактики професійного вигорання, психологічного самовідновлення та посилення резильєнтності.

З огляду на вищезазначене, психологічна складова підготовки фахівців з фізичної реабілітації, на наш погляд, складається з наступних компонентів:

1. Психологічне інформування. Фізичні терапевти регулярно стикаються з пацієнтами, які переживають стрес через біль, обмеження рухливості або страх перед інвалідністю. Розуміння психологічних механізмів цих станів спеціалістом, обговорення реальної ситуації може зменшувати негативні переживання пацієнта. Розрізнення понять «психічне» й «психологічне» здоров'я дозволяє не стигматизувати стан пацієнта. Часто люди, які мають депресивну симптоматику чи тривожні стани, бояться зізнатися у цьому навіть собі, тому що вважають це проявом «ненормальності». Завдання фахівця — нормалізувати емоційні реакції, пояснити, що це — природна реакція на стрес, втрату функцій, травму або зміну звичного способу життя. Це знижує внутрішній опір пацієнта й дозволяє йому зосередитись на реабілітації, а не на боротьбі з власними емоціями. Ключовим є вміння адаптувати інформацію до рівня сприйняття конкретної людини. Надлишкова деталізація може викликати страх або відчуття безпорадності, у той час як занадто загальна інформація не дає відчуття контролю. Психологічне інформування — це мистецтво говорити з пацієнтом так, щоби дати йому впевненість, а не навантажити додатковою тривогою. Фізичний терапевт має навчитися бачити — коли пацієнт хоче більше знати, а коли вже емоційно переповнений. Мова йде про тонке відчуття моменту, про вміння «читати» пацієнта не лише з позиції біомеханіки чи функціональності, а через його емоційні реакції, міміку, тембр голосу, темп мовлення. У цьому процесі пацієнт перестає бути «пасивним тілом», з яким «працюють», а стає повноцінним суб'єктом реабілітаційного процесу. Люди починають відновлювати контроль над власним життям саме тоді, коли розуміють логіку того, що з ними відбувається, і своє місце в цьому процесі. У такому випадку терапевт і пацієнт уже не на протилежних сторонах — вони в одній команді.

2. Психосоцвіта (психоедукація). Тут мова вже йде про зміну уявлень пацієнта про себе, про свою силу, свою здатність впливати на реальність. Людина, яка пережила інсульт, складну травму чи тривалу хворобу, часто опиняється у ситуації втрати цілісності образу себе. Вона може відчувати себе неповноцінною, «зіпсованою», неспроможною повернутись до звичного життя. У таких випадках стандартні пояснення «вам потрібно це зробити, бо так краще для м'язів» не спрацьовують. Пацієнт не розуміє «навіщо» йому це, коли в ньому самому живе глибоке відчуття безнадії. Психосоцвіта дає людині ресурс. Вона повертає відчуття суб'єктності: через розуміння, що психіка — це частина цілісного функціонування організму, що тривога, відчай, апатія — не вічні,

що вони мають механізми впливу й самодопомоги. Інакше кажучи, пацієнт перестає бути об'єктом втручання й починає діяти, навіть якщо поки що — лише внутрішньо. Терапевт, який розуміє психоосвітній потенціал своєї діяльності, не читає лекцій, не моралізує, а створює діалог. Це діалог про ресурси, про можливості, про зміну перспектив. Наприклад, замість «ви повинні старатись, інакше нічого не вийде» — краще сказати: «коли ми відчуваємо втому або сум, це не означає, що немає прогресу. Це частина шляху. Ваше тіло зараз вчиться заново». Такі фрази підтримують і водночас інформують. Так само психоосвіта потрібна родичам. Надмірна опіка або, навпаки, роздратування через повільне відновлення пацієнта часто пов'язані з нерозумінням того, що з людиною відбувається. Інколи достатньо короткої бесіди з терапевтом, який пояснить: «зараз вашій мамі/дитині/чоловікові важливо не стільки зробити крок, як відчутти, що вона може», — і атмосфера в родині змінюється. Психоосвіта — це не «бонус», це потужний інструмент реабілітації. Отже, сам фізичний реабілітолог повинен орієнтуватися у психологічних труднощах та можливостях своїх клієнтів, приділяти достатньо часу психоемоційному стану, пояснюючи його вплив на результативність власне фізичної реабілітації.

3. Навички професійної комунікації. Вміння створювати та підтримувати професійні контакти з пацієнтами, їхніми родичами та командою дає можливість швидко налагодити контакт, уникнути напруження та забезпечити позитивне налаштування пацієнта. Фахівці, які приділяють достатньо уваги саме побудові робочих стосунків в процесі виконання безпосередньої діяльності значно підвищують не тільки особистий, але й професійний авторитет, викликають довіру до себе і, як наслідок, запропонованих видів реабілітації та їхнього наповнення. Професійна комунікація в діяльності фізичного терапевта — це не просто обмін інформацією або формальне спілкування. Це глибокий, міжособистісний процес, у якому формується емоційна й психологічна основа для ефективної взаємодії. Терапевт, який володіє справжнім мистецтвом комунікації, здатен не лише пояснити алгоритм виконання вправ чи надати рекомендації, а створити простір, у якому пацієнт почувається почутим, поміченим і підтриманим. Це той невидимий, але ключовий компонент терапевтичного середовища, де кожне слово, погляд, жест чи навіть пауза мають вагу — і можуть або поглибити контакт, або зруйнувати його ще до того, як пацієнт встиг довіритися. У реабілітаційній практиці особливо важливо, щоб терапевт був здатен підтримувати не просто контакт, а стабільний і безпечний зв'язок — такий, де є місце для щирості, навіть якщо вона виявляється у вигляді сліз, агресії чи мовчання. Саме тоді, коли пацієнт відчуває, що його приймають не лише у фізичному, а й у психоемоційному стані, народжується справжня довіра. І вже з цієї довіри виростає готовність пацієнта включатися в процес. Адже сам процес реабілітації може бути складним, неприємним, викликати больові відчуття, і, на перший погляд, виглядати недостатньо дієвим. Професійний комунікатор володіє засобами встановлення довірливих стосунків, зниження опору щодо запропонованої діяльності та переконання її доцільності. Окремою ланкою професійної комунікації є вміння управляти конфліктами. В сфері діяльності «людина-людина», а тим більше у процесі взаємодії з людьми, що мають травми або захворювання, нестійкі психологічні та психічні стани, завжди є виникнення конфліктів. Професійний комунікатор вміє спрогнозувати можливі конфлікти, підібрати стратегії попередження потенційних конфліктів, уникнути свідомої та підсвідомої конфронтації як з пацієнтами, так і з колегами.

4. Базові навички психотерапії. Це не формальне доповнення до фахової підготовки, а необхідна складова цілісного підходу до реабілітації. Фізичне відновлення нерозривно пов'язане зі станом психіки, і саме через психоемоційний стан часто визначається успішність або, навпаки, загальмованість процесу реабілітації. Хоча фізичний терапевт не зобов'язаний бути дипломованим психотерапевтом, його здатність використовувати елементарні психотерапевтичні техніки може суттєво впливати на якість роботи з пацієнтами, особливо в ситуаціях емоційної нестабільності, втрати мотивації чи психологічного опору. В основі цих навичок лежать активне слухання, емпатійне ставлення та вміння підтримувати змістовну, приймаючу розмову. Не йдеться про глибоку психоаналітичну роботу, але навіть проста здатність вислухати людину без поспіху, з повагою до її історії та почуттів, створює фундамент для довіри. А довіра, своєю чергою, — це ключ до активної участі пацієнта у власному процесі відновлення та створенні зв'язку в діаді «фахівець-пацієнт». Людина, яка відчуває, що її бачать і чують не лише як тіло, що потребує втручання, а як цілісну особистість зі своїми страхами, сумнівами й надіями, відкривається назустріч змінам. Вона починає більше вірити не лише фахівцю, а й у власні сили. Це може проявлятися у зростанні внутрішньої відповідальності: пацієнт стає уважнішим до виконання вправ, готовим долати втому, вести спостереження за власними реакціями, запитувати, цікавитися, ділитися сумнівами.

Володіння прийомами коучингу, зокрема коучингу здоров'я, дозволяє фізичному терапевту поступово спочатку розділяти відповідальність за досягнення реабілітаційних цілей, а потім залишити у своїй компетенції тільки доцільність, тривалість та правильність терапевтичних втручань. Пацієнт в парадигмі коучингу може навчитися брати на себе відповідальність за власне здоров'я, ставити чіткі, реальні та досяжні цілі. Саме така позиція дозволяє фахівцю зосередитися на суто професійних задачах, а не тягнути «пацієнта» у його здорове щасливе життя.

У більш складних випадках, при наданні допомоги паліативним пацієнтам, володіння базовими навичками, прийомами і техніками одного або кількох видів психотерапії, фізичний терапевт може полегшити не тільки душевне, але й фізичне страждання. Адже відомо, що знаходження актуальних сенсів навіть у складних станах, зменшує всі види страждання. Принаймні робить їх такими, які можна перенести.

З огляду на ці завдання, впровадження дисциплін із психологічним ухилом в освітні програми фізичних терапевтів є не лише виправданим, а й життєво необхідним. Курси, які мають практичне спрямування — «Основи професійної комунікації», «Психотерапія хворих, спортсменів та осіб з інвалідністю», «Основи самомаркетингу» — дозволяють інтегрувати психологічні знання в клінічну практику. Розміщення цих курсів на завершальних етапах навчання не є випадковим: саме на цьому етапі здобувачі вже володіють основними професійними навичками, здатні аналізувати клінічні випадки та критично осмислювати професійну взаємодію. Практична орієнтація таких дисциплін дозволяє опрацьовувати актуальні виклики з практики самих студентів, що робить навчання більш залученим та персоналізованим. Отже, курс може викладатися з використанням тих кейсів, які пропонують самі здобувачі освіти. Практикоорієнтоване навчання із додаванням необхідної та достатньої теоретичної бази в галузі психологічних знань дозволяє розвинути такі необхідні для фізичного терапевта психологічні компоненти.

Таким чином, інтеграція психологічної складової в освіту фізичних терапевтів — це не лише модна тенденція чи додатковий бонус, а ключова умова формування цілісного фахівця. Лише маючи розвинене розуміння психоемоційних процесів, власних і чужих, спеціаліст може забезпечити по-справжньому якісний, гуманний, етичний супровід у процесі фізичної реабілітації. Це наближає практику фізичної терапії до міждисциплінарної моделі допомоги, де кожен учасник процесу є важливою і самодостатньою ланкою загальної системи турботи про людину.

References

1. Sullivan MJ, Adams H, Rhodenizer T, Stanish WD. A psychosocial risk factor--targeted intervention for the prevention of chronic pain and disability following whiplash injury. *Phys Ther.* 2006 Jan;86(1):8-18. doi: 10.1093/ptj/86.1.8. PMID: 16386058.
2. Weiß M, Büttner M, Richlan F. The Role of Sport Psychology in Injury Prevention and Rehabilitation in Junior Athletes. *Behav Sci (Basel).* 2024 Mar 20;14(3):254. doi: 10.3390/bs14030254. PMID: 38540557; PMCID: PMC10968622.

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.09

Lada Zakharova

PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF TRAINING OF PHYSICAL THERAPISTS

The thesis proves the necessity of strengthening the psychological component in the training of physical rehabilitation specialists. The main directions of theoretical and practical psychological professional and personal readiness to work with people with disabilities and patients are considered. The potential of practice-oriented disciplines of students' choice is determined.

Keywords: physical rehabilitologist, communicative competence, psychoeducation, resilience

Відомості про автора / Information about the Author

Лада Захарова, старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін, практичний психолог ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна ladazaharova2@gmail.com

Lada Zakharova, Senior Lecturer, Department of Therapeutic Disciplines, Practical Psychologist, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine ladazaharova2@gmail.com

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.10

Микола Клименко

НОВЕ В ДОСЛІДЖЕННІ НИЗЬКОСТУПЕНЕВОГО ЗАПАЛЕННЯ

У тезах наведені результати аналізу зарубіжної наукової літератури з проблеми низькоступеневого дифузного хронічного запалення, яке складає підґрунтя численних хронічних неінфекційних захворювань. Показано, що проблема низькоступеневого запалення залишається дуже актуальною. Визначено переважні сучасні напрямки досліджень цього патологічного процесу. Висвітлено конкретну тематику, якій присвячені дослідження низькоступеневого запалення.

Ключові слова: запалення, низькоступеневе дифузне хронічне запалення, хронічні неінфекційні захворювання, сучасні неінфекційні пандемії, прогрес у вивченні.

Низькоступеневе запалення (low-grade inflammation – LGI) – хронічне дифузне («системне») запалення, яке лежить в основі численних хронічних неінфекційних захворювань, у тому рахунку сучасних неінфекційних пандемій. Серед них – серцево-судинні захворювання, метаболічний синдром, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічні запальні захворювання кишечника, неалкогольна жирова хвороба печінки, хронічна хвороба нирок, нейродегенеративні та психічні захворювання, деякі види раку тощо. У зв'язку зі значною роллю LGI в етіології та патогенезі метаболічних захворювань воно ще називається метазапаленням. Оскільки LGI не проявляється клінічно та характеризується помірним збільшенням продукції маркерів запалення, його називають мікрозапаленням. Водночас LGI характеризується поступовим прогресуючим пошкодженням уражених органів та розвитком їх недостатності, що призводить до загибелі організму, тому його вважають мовчазним або прихованим вбивцею (silent killer, hidden killer). Причинами LGI є різноманітні індуктори порушень нормального способу життя, такі як тривалий емоційний стрес, збільшення маси тіла, ожиріння, малорухливий спосіб життя, шкідливий тип харчування, втрата циркадних ритмів, стрес від дії несприятливих факторів навколишнього середовища тощо. Саме по собі LGI призводить до збільшення маси тіла, постійної слабкості, зниження активності та концентрації, зменшення резистентності, підвищення чутливості до інфекції та інших несприятливих факторів; прискороного старіння, є фактором ризику смерті.

Нами на матеріалах Інтернету проведений аналіз зарубіжної наукової літератури з проблеми LGI за останні 4 роки.

Він показує, що проблема LGI продовжує залишатися безсумнівно актуальною. З'являється все більше даних, що LGI має важливе значення в етіології та патогенезі хронічних неінфекційних захворювань – є причиною та/або основним патогенетичним механізмом цих захворювань. Розширюється перелік таких захворювань, наприклад, до нього додалася така патологія, як посттравматичний стресовий розлад, синдром подразненого кишечника, синдром полікістозних яєчників тощо. Публікується багато статей з цієї проблеми.

Переважними сучасними напрямками досліджень LGI є питання його етіології та патогенезу, зокрема його вікових аспектів; зв'язку з хронічними неінфекційними захворюваннями, особливо з метаболічними захворюваннями; та його корекція. Так, з 50 проаналізованих статей з LGI 17 праць стосуються його етіології та патогенезу, в тому рахунку 8 – значення віку; 21 – зв'язку з хронічними неінфекційними захворюваннями, зокрема 12 – з метаболічними захворюваннями; 9 – його діагностики, лікування та профілактики, в основному корекції (8). Решта робіт (3) присвячені розповсюдженості та поняттю про це запалення.

За тематикою, дослідження LGI стосуються поняття та поширеності LGI; значення шкідливого типу харчування, кишкової мікробіоти, соціальних та психосоціальних чинників, статі та віку, імунологічної реактивності в етіології та патогенезі LGI; механізмів LGI, таких як Btk та Bcl-2, SGLT-2; роль LGI в етіології та патогенезі таких хронічних захворювань та синдромів, як хронічний біль, депресія, хвороба Альцгеймера, посттравматичний стресовий розлад, синдром подразненого кишечника, остеоартрит, синдром полікістозних яєчників, метаболічні захворювання, їх ускладнення та наслідки – метаболічний синдром, ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз, інсульт, рак; значення імунних механізмів в патогенезі LGI, імунний механізм дії LGI, роль LGI в активації ренін-ангіотензинової системи та зв'язок з ендотоксемією при метаболічних захворюваннях;

використання дієти та фізичної активності у лікуванні та профілактиці LGI. У свою чергу, дослідження зі значення віку в етіології та патогенезі LGI присвячені прозапальному фенотипу в ранньому дитячому віці, наслідкам LGI у дітей з ожирінням, змінам жирової тканини під час старіння та їх ролі у виникненні запалення, LGI у пацієнтів різного віку з ожирінням та COVID-19, імунopatогенним змінам при COVID-19 у пацієнтів похилого віку або з віковими захворюваннями, компенсаторній імуносупресії при старінні та вікових захворюваннях, ролі мікроРНК в патогенезі LGI у літніх людей, впливу LGI на структуру головного мозку, розвиток прискореного старіння та нейропсихічних захворювань. Праці з діагностики, лікування та профілактики LGI вбирають дослідження діагностичної цінності прогностичного індексу запалення та живлення (PINI), значення кетогенних дієт, фруктово-ягідного/овочевого соку, грубих зернових культур, лікарських засобів, що складаються з екстрактів рослин і органів, у лікуванні та профілактиці LGI, використання дієти та фізичних вправ у протидії LGI при раку, зниження сидячого часу та збільшення фізичної активності у зменшенні LGI при ожирінні, ефективності легкої фізичної активності у зниженні LGI у дітей.

За результатами проведених досліджень все більше пропонується з'ясування ефективності та застосування протизапальної терапії в комплексному лікуванні різноманітних хронічних неінфекційних захворювань.

Необхідні подальші дослідження LGI як патологічного процесу та його ролі в етіології та патогенезі різних хронічних захворювань, що дозволить ще більше з'ясувати причини та механізми LGI та взаємопов'язаної з ним патології, та створить підґрунтя для розробки інноваційних стратегій їх профілактики та лікування.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.10

Mykola Klymenko

NEW IN LOW-GRADE INFLAMMATION RESEARCH

The abstract presents the results of the analysis of foreign scientific literature on the problem of low-grade diffuse chronic inflammation, which forms the basis of numerous chronic non-communicable diseases. It is shown that the problem of low-grade inflammation remains very relevant. The prevailing modern directions of research into this pathological process are determined. The specific topics to which the researches of low-grade inflammation are devoted are highlighted.

Keywords: inflammation, low-grade diffuse chronic inflammation, chronic non-communicable diseases, modern non-communicable pandemics, progress in the study.

Відомості про автора / Information about the Author

Микола Клименко, доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: mykola.klymenko@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7671-1891>.

Mykola Klymenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: mykola.klymenko@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7671-1891>.

© М. Клименко

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ *Rutilus rutilus*: НАСЛІДКИ ТЕХНОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

У тезах представлені результати оцінки впливу вуглеводнів на гістологічну структуру печінки *Rutilus rutilus*. Встановлено факт заміщення фіброзною тканиною гепатоцитів, що знаходяться у стані ліпофанерозу. Відмічено локальне заміщення ліпостатичних гепатоцитів некротичними осередками. У присутності клітинного детриту відзначається збільшення числа макрофагів, насамперед клітин Купфера. Синтез волокнистого матриксу відбувається внаслідок екзосомально-цитокінової активації перисинусоїдальних зірчастих клітин. Прогресуюче заміщення печінкової паренхіми фіброзною тканиною (F3) супроводжується виникненням осередків аденокарциноми інфільтруючого типу.

Ключові слова: гепатоцит, ліпофанероз, некроз, фіброз, макрофаг, клітини Купфера.

Однією з основних причин падіння чисельності популяцій риб є їх вразливість до впливу факторів абіотичного походження, до яких першочергово відносять зміну клімату та забруднення техногенного характеру. Правомірність даного судження було підтверджено також в умовах експерименту. Але, види, які мешкають на глибинах менше 100 м, досить швидко уникають осередків забруднення. Для придонних представників мілководної іхтіофауни негативні наслідки забруднення є найімовірнішими, оскільки в прибережній частині річок та лиманів циркуляція води не відрізняється динамічністю. Ступінь техногенного впливу багаторазово зростає, якщо весняний розлив за певною акваторією та часом збігається з нерестом виду.

Взаємодія вуглеводнів з організмом провокує порушення дихання, водно-сольового гомеостазу, розлади нервової системи. Оскільки біоаккумуляція вуглеводнів залежить від індивідуальних ліпофільних та гідрофобних властивостей, існує їх здатність зосереджуватися насамперед у печінці, гонадах та жирових відкладеннях м'язової тканини. Існує також повідомлення щодо техногенної гіпоксії та виникаючих морфологічних адаптацій. Певним чином, через 4 місяці з моменту бомбардування російськими агресорами прибережної акваторії р. Південний Буг із хімічним складом води відбулися зміни. Нажаль, на сьогоднішній день дані щодо моніторингу стану постраждалої акваторії в офіційних джерелах відсутні. Але на початку весни у прибережній акваторії спостерігачами фіксувалося скорочення чисельності молоді, що на думку екологів може бути пов'язане з отруєнням кормової бази. У цьому випадку стає важливим розуміння процесів та механізмів, на фоні яких власне й відбуваються втрати в популяціях.

Питання морфогенезу та градації фіброзу печінки внаслідок стеатогепатиту історично розглядалося з точки зору медицини. Незважаючи на окремі дискусійні моменти, ряд авторів сходиться на думці щодо здатності до прогресування двох основних типів фіброзу: перисинусоїдально-перичелюлярного та портально-перисинусоїдального фіброзу (Z3). У відповідній літературі зазначається, що джерелом їх розвитку є представники фібродіферона]. Згідно з наявними спостереженнями, прогресування захворювання від легкого ступеня (F1) до важкого фіброзу (F3), також до вкрай важкого фіброзу (F4/цирозу) супроводжується зростанням площі позаклітинного волокнистого матриксу і колаген-продукуючих зірчастих клітин, що локалізовані перисинусоїдально та перичелюлярно.

Отже, на фоні медичних експериментів, що були проведені на лабораторних тваринах, очевидна необхідність проведення гістологічних досліджень в іхтіології. У доступній літературі ілюструється гістологічна картина лише окремого моменту розвитку фіброзу, проте перебіг патології, її ступінь тяжкості та прогноз стану риб нажалі не висвітлюються. Таким чином, актуальність вирішення поставленого завдання вбачається у комплексному підході до розуміння особливостей патогенезу та забезпечення точності діагностики захворювання.

Для виявлення морфологічних ознак фіброзу печінки та прогнозу стану гідробіонтів застосування медичної шкали градації цілком можливе. Причиною цього є фактична відповідність гістологічної картини захворювання у риб, людини та експериментальних теплокровних тварин.

Погоджуючись із особливостями градації захворювання, підтверджується факт збільшення площі фіброзу у вигляді депонованого колагену, що відбувається внаслідок поширення в ураженій тканині фіброгенних клітин. На фоні ліпофанерозу гепатоцити гинуть, нормальні опорні елементи ретикулярної сітки розростаються, але при цьому скупчення новоутвореної тканини позбавлені необхідних контактів із мікросудинним руслом.

Надалі, в паренхімі органу збільшується кількість активних фібробластів. Відповідно, з часом виникають скупчення колагену перисинусоїдально-перичелюлярної локалізації, що дає нам підставу достовірно діагностувати прогресування фіброзу.

Відповідно до сучасними уявленнями про природу фібробластів, у нормальній паренхімі печінки хребетних тварин вони поодинокі чи відсутні. В умовах патології органу вони здатні трансформуватися із зірчастих клітин або з мезенхімних клітин порталних трактів. Фібробласти також можуть трансформуватися клітини медії судин і капсули печінки [24].

При деталізації картини тканинних перебудов при фіброзі відзначається її специфічність. В умовах токсичного ефекту вуглеводнів у гепатоцитах спостерігається окислювальний стрес, що розвивається. Наростаюча дисфункція мітохондрій та ендоплазматичного ретикулуму призводить до внутрішньоклітинної ліпідної акумуляції, що незабаром провокує стан тотального ліппостазу.

У разі прогресування фіброзу, дистрофічні зміни, особливо некроз гепатоцитів, супроводжуються вивільненням у міжклітинний простір продуктів перекисного окислення ліпідів. Різноманітні компоненти клітинного детриту, при безпосередній активації прозапальних цитокінів макрофагами Купфера та моноцитами, ініціюють початок переродження перисинусоїдальних зірчастих клітин у фібробласти. Останні здатні синтезувати надлишок колагенових волокон.

Враховуючи специфічність патологічних змін при фіброзі, закономірно постає питання: наскільки вони зворотні. Відомо, якщо деструкція гепатоцитів відбувається внаслідок впливу токсичних сполук, нормальний перебіг регенерації клітин та органу загалом стає дуже проблематичним. Згідно з спостереженнями, фіброз (на базі ліпофанерозу) охоплює тканину і васкулярне русло у поліморфному аспекті (F1-F3). У цьому отримані результати виявляють розбіжність з медичними даними, згідно з якими морфологічна картина перисинусоїдально-перичелюлярного фіброзу всієї площі печінкової паренхіми експериментальних тварин і людини є однотиповою. Зазначений факт свідчить на користь відновлювальних потенцій печінки гідробіонтів, тому що у випадку незначного ступеню ураження гепатоцитів існує можливість здійснення регенерації окремих ділянок органу.

Також доцільно підкреслити, що окислювальний стрес і акумуляція жиророзчинних токсинів є потужними стимуляторами канцерогенезу. У випадку прогресії фіброзу можливі виникнення та подальше метастазування пухлини. Отже, у перспективі існує необхідність проведення додаткових досліджень щодо уточнення ступеня прогресії фіброзу і виникнення злоякісних перероджень шляхом використання клітинно-маркерних методів. Такий підхід дозволить надати адекватний прогноз відносно можливості адаптації і виживання риб в умовах техногенних навантажень.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.11

Olexandr Koziy

LIVER FIBROSIS *Rutilus rutilus*: CONSEQUENCES OF TECHNOGENIC LOAD IN CONDITIONS OF FULL-SCALE WAR

*The abstracts present the results of the assessment of the influence of hydrocarbons on the histological structure of the liver of *Rutilus rutilus*. The fact of the replacement of hepatocytes in a state of lipophanerose with fibrous tissue has been established. Local replacement of lipostatic hepatocytes with necrotic foci has been noted. In the presence of cellular detritus, an increase in the number of macrophages, primarily Kupffer cells, is noted. The synthesis of the fibrous matrix occurs as a result of exosomal-cytokine activation of perisinusoidal stellate cells. Progressive replacement of the liver parenchyma with fibrous tissue (F3) is accompanied by the appearance of foci of infiltrating adenocarcinoma.*

Keywords: hepatocyte, lipophanerose, necrosis, fibrosis, macrophage, Kupffer cells.

Відомості про автора / Information about the Author

Олександр Козій, доктор філософії, старший викладач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: kozij67@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0064-4637>.

Olexandr Kozij, Doctor PHd, senior lecturer of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: kozij67@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0064-4637>.

© О.Козій

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.12

Ольга Корольова
Марія Шмігельська

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ NAKASEOMYCES GLABRATUS, КОМПОНЕНТА МІКРОБІОМА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК

Стаття присвячена вивченню варіабельності кількісних параметрів вегетативних клітин (бластоконідій) *Nakaseomyces glabratus* (H.W. Anderson) Sugita & M. Takash. – недиморфних дріжджів, компонента нормофлори організму людини. Матеріалами роботи стала чиста культура *N. glabratus*, виділена з слизової оболонки ротової порожнини здорової людини. Біологічні зразки культивувалися при 37°C на середовищі Chromogenic Candida Agar (CCA), виготовлення мікропрепаратів виконувалося за загальноприйнятою методикою мікробіологічних досліджень з фізичною фіксацією та подальшим фарбуванням за Грамом. Для вимірювань за допомогою окуляр-мікрометра відбирали по 25 клітин у кожному препараті методом випадкової виборки, мікроскопування і вимірювання клітин проводилося при збільшенні 16×90 з використанням імерсії; всього було біометрично опрацьовано параметри 50 клітин. Математичні розрахунки проводилися за допомогою програми Statistics 17.

У результаті наших досліджень, при культивуванні *N. glabratus* на поживному середовищі CCA, встановлені лінійні морфологічні параметри (довжина та ширина) клітин, що варіюють в межах (2)3 – 4(5) μ, × (1)2 – 3(4) μ. Отримані показники відповідають видовій нормі, але, в порівнянні із вищенаведеними даними літератури, одинично відмічене незначне відхилення параметру довжини до 5 μ. Перспективами подальших досліджень є порівняльне вивчення рівня мінливості морфометричних ознак клітин *N. glabratus* в умовах первинної культури та при пересіванні.

Ключові слова: *Nakaseomyces glabratus*, кандидоз, бластоконідії, морфометричні параметри.

Nakaseomyces glabratus (H.W. Anderson) Sugita & M. Takash. (далі *N. glabratus*) з точки зору систематики представляє собою вид недиморфних дріжджів, що був описаний у 1917 р. як *Cryptococcus glabratus* H.W. Anderson, у 1938 р. перенесений до роду *Torulopsis*, а потім – у рід *Candida*. До 2022 р. вид розглядався як *Candida glabrata* (H.W. Anderson) S.A. Mey. & Yarrow, а за сучасними таксономічними зведеннями його назва інтерпретується як *N. glabratus* [5]. За таксономічним положенням *N. glabratus* належить до родини Saccharomycetaceae порядку Saccharomycetales, підкласу Saccharomycetidae класу Saccharomycetes відділу Ascomycota [2].

Майже до кінця XX ст. *N. glabratus* вважався непатогенним представником нормальної мікрофлори здорових людей, що рідко викликає опортуністичні інфекції [3]. Однак, після широкого впровадження імуносупресивної терапії разом з антимікотичною терапією значно зросли спектр і частота місцевих і системних інфекцій, викликаних цим видом грибів [4], отже, нині його розглядають як умовно-патогенний мікроорганізм. Інфекції, спричинені *N. glabratus*, за частотою є другою причиною кандидозу після *Candida albicans* (C.P. Robin) Berkhout, особливо у осіб з ослабленим імунітетом або хворих сахарним діабетом [1, 4].

Ідентифікація видів кандид здійснюється мікроскопічними, культуральними, біохімічними методами, останнім часом – за допомогою молекулярно-генетичних методів. Так, за допомогою методів порівняльного аналізу хромосомної ДНК встановлюється не тільки видова належність, а також розмежування різних штамів всередині виду [3]. *N. glabratus* ферментує та засвоює лише глюкозу та трегалозу, на відміну від видів *Candida*, і ця специфічна особливість перетворення цукрів використовується для біохімічної ідентифікації [4]. На диференційно-діагностичному поживному середовищі CHROMAgar, який диференціює різні види кандид за

кольором колоній в результаті біохімічних реакцій, *N. glabratus* формує колонії від рожевого до фіолетового кольору, на відміну від зелених та синьо-зелених колоній *C. albicans* [3]. Серед характерних морфо-біологічних особливостей *N. glabratus* – відсутність диморфізму: гриб не утворює або обмежено утворює псевдоміцелій при 37°C, на відміну від усіх інших видів кандид [3]. Найменшу увагу приділяється лінійним морфологічним параметрам вегетативних клітин. Зокрема, в літературі наведена одинична згадка про розміри бластоконодій *N. glabratus* – від 1 до 4 μ , що значно менше бластоконодій *C. albicans* (від 4 до 6 μ) [3], але, зважаючи на овальну форму та значний поліморфізм клітин, це є досить неточною характеристикою. В той же час, кількісні параметри вегетативних та генеративних структур є не менш інформативними для виявлення та ідентифікації видів мікроміцетів.

Мета роботи – виявлення варіабельності кількісних параметрів вегетативних клітин (бластоконодій) *N. glabratus* в умовах культивування. Завданням дослідження є встановлення кількісних параметрів клітин *N. glabratus* (довжини та ширини) при культивуванні.

Матеріалами роботи стала чиста культура *N. glabratus*, виділена з слизової оболонки ротової порожнини здорової людини. Всі роботи виконувалися з дотриманням техніки безпеки та правилами роботи із мікроорганізмами-представниками нормофлори людини. Біологічні зразки культивувалися при 37°C на спеціалізованому поживному середовищі Chromogenic Candida Agar (CCA), яке традиційно використовується для біохімічної диференціації та ідентифікації грибів роду *Candida* [3]. За сукупністю морфологічних ознак отриманий зразок був ідентифікований як *C. glabrata*, видова назва якого за сучасними таксономічними зведеннями інтерпретується як *N. glabratus* [2]. Виготовлення мікропрепаратів (мазків) виконувалось за загальноприйнятою методикою мікробіологічних досліджень з фізичною фіксацією та подальшим фарбуванням за Грамом. Для вимірювань за допомогою окуляр-мікрометра відбирали по 25 клітин у кожному мазку методом випадкової виборки, мікроскопування і вимірювання клітин проводилось при збільшенні 16×90 з використанням імерсії; всього було біометрично опрацьовано параметри 50 клітин. Математичні розрахунки проводилися за допомогою програми Statistics 17.

У результаті наших досліджень, при вивченні морфологічних особливостей клітин *N. glabratus* встановлена їх кількісна характеристика в умовах культури. На хромагарі *N. glabratus* формує пастоподібні гладкі колонії з глянцевою поверхнею, від світло-рожевого до рожевувато-бузкового кольору в центрі колоїї та рожево-кремові до периферії. При первинному культивуванні для *N. glabratus* характерні дрібні дріжджоподібні грампозитивні клітини довжиною (2)3 – 4(5) μ , шириною (1)2 – 3(4) μ , за формою від яйцеподібно-овальних до округло-овальних (рис. 1).

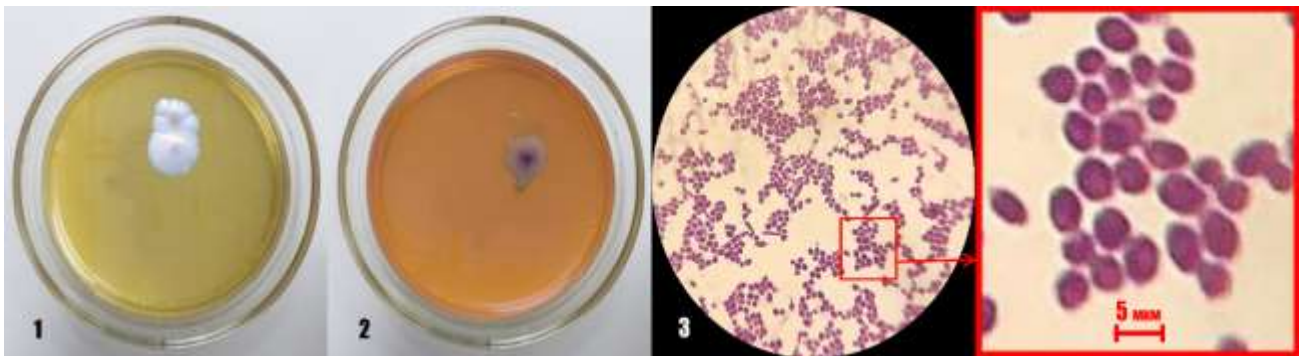


Рис. 1. Колонії (1-2) та бластоконодії (3) *N. glabratus* в чистій культурі.

Довжина клітин *N. glabratus* в умовах первинної культури варіює в межах від найменшого показника – 2 μ до найбільшого – 5 μ . Середнє значення довжини 50 клітин становить $3,66 \pm 0,09$ μ . Побудований варіаційний ряд дозволив встановити частоти розподілу довжини клітин *N. glabratus*. Як показує розподіл, найчастіше трапляється довжина 4 μ (54% клітин) та 3 μ (34% клітин), найрідкісніша встановлена довжина – 2 та 5 μ (по 2% клітин).

Ширина клітин *N. glabratus* в досліджених умовах варіює в межах від найменшого показника 1 μ до найбільшого 4 μ . Середнє значення ширини 50 клітин становить $2,69 \pm 0,09$ μ . Частоти розподілу ширини клітин

N. glabratus показують, що найчастіше трапляється ширина 3 та 2 μ (58 та 28% клітин відповідно), найрідкісніша встановлена ширина – 1 та 4 μ (2 та 6% клітин відповідно).

Таким чином, при культивуванні *N. glabratus* на поживному середовищі ССА встановлені лінійні морфологічні параметри (довжина та ширина) клітин, що варіюють в межах (2)3 – 4(5) μ , $\times$ (1)2 – 3(4) μ . Отримані показники відповідають видовій нормі, але, в порівнянні із вищенаведеними даними літератури, одиначено відмічене незначне відхилення параметру довжини до 5 μ .

Перспективами подальших досліджень є порівняльне вивчення рівня мінливості морфометричних ознак клітин *N. glabratus* в умовах первинної культури та при пересіванні.

References

1. Brunke, S. and Hube, B. (2013) *Candida albicans* and *C. glabrata* infection strategies. *Cell Microbiol*, 15, (pp. 701-708). Resource access mode: <https://doi.org/10.1111/cmi.12091>
2. Index Fungorum. Resource access mode: <https://www.indexfungorum.org/>
3. Fidel, P.L., Vazquez, J.A., Sobel J.D. (1999) *Candida glabrata*: Review of Epidemiology, Pathogenesis, and Clinical Disease with Comparison to *C. albicans*. *Clin Microbiol Rev*, 12. Resource access mode: <https://doi.org/10.1128/cmr.12.1.80>
4. Lopez, J., Dalle, F., Mantelin, P., Moiroux, P., Nierlich, A.C., Pacot, A., Cuisenier, B., Vagner, O., Bonnin, A. (2001) Rapid identification of *Candida glabrata* based on trehalose and sucrose assimilation using Rosco diagnostic tablets. *J Clin Microbiol.*, Mar; 39(3), (pp.1172-1174). <https://doi.org/10.1128/JCM.39.3.1172-1174.2001>
5. Takashima, M., Sugita, T. (2022) Taxonomy of Pathogenic Yeasts *Candida*, *Cryptococcus*, *Malassezia*, and *Trichosporon*. *Med Mycol J.*, 63(4), (pp. 119-132). Resource access mode: <https://doi.org/10.3314/mmj.22.004>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.12

Olga Korolyova
Mariia Shmihelska

VARIABILITY OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF *NAKASEOMYCES GLABRATUS*, A COMPONENT OF THE MUCOSAL MICROBIOME

The article is devoted to the study of the variability of quantitative parameters of vegetative cells (blastospores) of *Nakaseomyces glabratus* (H.W. Anderson) Sugita & M. Takash. – non-dimorphic yeast, a component of the normal flora of the human body. The materials of the work were a pure culture of *N. glabratus*, isolated from the oral mucosa of a healthy person. Biological samples were cultivated at 37°C on Chromogenic *Candida* Agar (CCA), the preparation of micropreparations was carried out according to the generally accepted method of microbiological research with physical fixation and subsequent Gram staining. For measurements using an eyepiece micrometer, 25 cells were selected in each preparation by random sampling, microscopy and measurement of cells were carried out at a magnification of 16 $\times$ 90 using immersion; in total, the parameters of 50 cells were biometrically processed. The data obtained is biometrically calculated.

As a result of our studies, when cultivating *N. glabratus* on CCA nutrient medium, linear morphological parameters (length and width) of cells were established, varying within the limits of (2)3 – 4(5) μ , $\times$ (1)2 – 3(4) μ . The obtained indicators correspond to the species norm, but, in comparison with the above literature data, a slight deviation of the length parameter up to 5 μ was noted. The prospects for further research are a comparative study of the level of variability of morphometric characteristics of *N. glabratus* cells in the conditions of primary culture and during subculture.

Keywords: *Nakaseomyces glabratus*, candidiasis, blastospores, morphometric parameters

Відомості про авторів / Information about the Authors

Ольга Корольова, кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: korolyova@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0429-1135>

Olga Korolyova, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: korolyova@chmnu.edu.ua, orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0429-1135>

Марія Шмігельська, студентка 3 курсу Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: dgrcrfsggcsyb@gmail.com

Mariia Shmihelska, 3rd year student, Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: dgrcrfsggcsyb@gmail.com

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.13

Олена Кузнецова

ІНТЕГРАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ В ПРАКТИКУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВИКЛИКИ

Висвітлено актуальність інтеграції психологічного консультування в систему соціальної роботи України в умовах посиленої соціальної нестабільності. Психологічне консультування розглядається як ключовий інструмент реагування на глибокі емоційні запити клієнтів, який дозволяє ефективно поєднувати психологічну підтримку з іншими видами соціальної допомоги. Проаналізовано основні функції консультування в соціальній роботі, а також найбільш поширені моделі і форми його реалізації. Визначено ключові виклики, що стримують інтеграцію, зокрема нестача підготовлених кадрів, відсутність супервізійної підтримки, перевантаження працівників та обмежене фінансування. Окрему увагу приділено сучасним тенденціям розвитку консультування: мультидисциплінарному підходу, діджиталізації послуг, впровадженню онлайн-моделей взаємодії з клієнтами. Аргументовано необхідність реформування професійної освіти соціальних працівників, посилення співпраці між державними, освітніми та громадськими структурами. Зроблено висновок про те, що консультування стає не лише важливою складовою соціальної допомоги, а й чинником підвищення її ефективності, чутливості та людяності.

Ключові слова: психологічне консультування, соціальна робота, емоційна підтримка, кризове консультування, мультидисциплінарний підхід, професійна підготовка, супервізія, цифрові технології, соціальні послуги, психосоціальна допомога.

Сучасна українська держава функціонує в умовах соціальної турбулентності, посиленої війною, внутрішніми міграційними процесами та збільшенням кількості осіб, які опиняються у складних життєвих ситуаціях.

Від системи соціальної допомоги вимагається не лише оперативної реакції, але й глибокої індивідуальної роботи з кожним клієнтом. У такому контексті психологічне консультування постає як інструмент, що дозволяє ефективно реагувати на внутрішні запити особистості, інтегруючи емоційно-психологічну підтримку в комплекс соціальних послуг. У зв'язку з цим інтеграція психологічних підходів у соціальну роботу стає необхідною умовою підвищення якості цих послуг. Проте цей процес супроводжується низкою викликів: від недостатньої фахової підготовки до організаційних труднощів. Водночас у світі спостерігаються позитивні тенденції розвитку цієї інтеграції – зокрема, впровадження мультидисциплінарних підходів, розширення можливостей дистанційного консультування та зростання ролі емоційного інтелекту в професійній діяльності соціальних працівників.

Психологічне консультування є одним з основних методів надання психологічної допомоги, спрямованим на підтримку особи у подоланні життєвих труднощів, вирішенні внутрішніх конфліктів, прийнятті рішень та особистісному розвитку. Оскільки клієнти соціальних служб часто перебувають у стані стресу, переживають втрату, насильство, соціальну ізоляцію або стикаються з кризовими подіями цей вид допомоги починає відігравати ключову роль у підтримці населення.

Соціальна робота як професійна діяльність передбачає комплексний підхід до допомоги людині включаючи правовий, економічний, медичний і психологічний компоненти. Інтеграція психологічного консультування в цю сферу зумовлена потребою у врахуванні не лише зовнішніх факторів, що впливають на життя клієнта, а й його внутрішнього стану, ціннісних орієнтацій, емоцій, потреб та мотивацій. Соціальні працівники, які володіють навичками психологічного консультування, здатні не лише ефективніше комунікувати з клієнтами, а й допомагати їм активізувати внутрішні ресурси, формувати нові життєві стратегії, долати залежності чи міжособистісні конфлікти. У провідних країнах світу в навчальні програми для соціальних працівників включають курси з основ психологічного консультування, кризової інтервенції, роботи з травмою тощо. В Україні ця тенденція також набирає обертів, хоча потребує систематичної підтримки з боку закладів вищої освіти та роботодавців. Сучасна освіта спрямована на формування у соціального працівника універсальних навичок

роботи з особистістю в складних життєвих обставинах. Ці тенденції демонструють, що психологічне консультування не є допоміжною опцією, а стає невід'ємним компонентом якісної соціальної роботи. Інтеграція консультування відповідає потребам суспільства в ефективній, чутливій та гуманістичній допомозі. Таким чином, консультування стає не лише методом психологічної підтримки, а й важливою складовою соціальної допомоги. У межах соціальної роботи психологічне консультування виконує такі функції:

- профілактичну – запобігання психологічним і соціальним кризам;
- діагностичну – виявлення глибинних причин проблем клієнта;
- корекційну – сприяння зміні деструктивної поведінки чи мислення;
- реабілітаційну – підтримка при адаптації після складних життєвих подій;
- розвиваючу – стимулювання особистісного зростання клієнта.

Із трансформацією соціальних викликів, зростанням запитів на психологічну допомогу та розвитком технологій змінюються й підходи до психологічного консультування в соціальній роботі. Сучасні тенденції свідчать про глибшу інтеграцію консультування у діяльність соціальних служб, орієнтацію на індивідуалізацію допомоги, розвиток мультидисциплінарних команд та активне використання цифрових технологій.

На практичному рівні інтеграція психологічного консультування в соціальну роботу відбувається через впровадження різноманітних моделей, форм і методів роботи з клієнтами. Серед поширених моделей психологічного консультування є:

- Кризове консультування, орієнтоване на клієнтів, які переживають гострі емоційні стани, пов'язані із втратою, насильством, переселенням, травматичними подіями тощо.
- Короткотривале консультування (solution-focused brief therapy), яке зосереджується на пошуку рішень, а не на глибокому аналізі проблем. Особливо ефективне в роботі з підлітками, молоддю, внутрішньо переміщеними особами.
- Модель кейс-менеджменту з елементами консультування, коли соціальний працівник поєднує функції координатора соціальних послуг із психоемоційною підтримкою клієнта.

На практиці реалізація консультування у соціальних службах здійснюється у таких формах:

- Індивідуальні консультації – найпоширеніша форма, що дає змогу налагодити довірливий контакт і глибше вивчити запит клієнта.
- Групове консультування – ефективне при роботі з людьми, які мають схожі проблеми (наприклад, самотні літні люди, жертви домашнього насильства, учасники бойових дій тощо).
- Сімейне консультування – спрямоване на врегулювання конфліктів, покращення комунікації та взаєморозуміння в родині.
- Онлайн-консультування – усе більше поширюється завдяки доступності та зручності для клієнтів, які не мають можливості фізично відвідати установу.

Позитивні результати психологічного консультування демонструють моделі:

- Центри соціальних служб, які запровадили постійне чергування психолога-консультанта для клієнтів у кризі;
- Програми психосоціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб та ветеранів, що поєднують соціальний супровід із психологічною підтримкою;
- Благодійні та громадські організації, які впроваджують інноваційні підходи, зокрема арт-терапію, казкотерапію, терапію через тілесні практики (body-oriented therapy) в межах соціальної допомоги.

Попри значні переваги інтеграції психологічного консультування в практику соціальної роботи, цей процес супроводжується низкою суттєвих викликів і бар'єрів, що стримують його повноцінну реалізацію. Вони мають як системний, так і практичний характер та потребують комплексного вирішення. Багато соціальних працівників не мають достатнього рівня підготовки з основ психології та консультування, що ускладнює надання якісної емоційної підтримки клієнтам. У закладах вищої освіти часто бракує спеціалізованих курсів або практикоорієнтованих модулів, спрямованих на формування компетентностей консультування.

У багатьох установах соціальної сфери відсутні штатні психологи або консультанти, а навантаження на одного працівника перевищує нормативи. Умови роботи (обмеженість приміщень, відсутність приватності, нестача часу) не завжди дозволяють проводити повноцінні консультації. Крім того, в умовах навантаження та браку ресурсів у працівників часто немає можливості підвищити кваліфікацію самостійно. Фінансування програм психологічної підтримки часто є недостатнім або короткотерміновим, що не сприяє формуванню сталій практиці. Постійна робота з людьми у кризі, високий рівень емоційної напруги, обмежені можливості впливу – все це сприяє розвитку синдрому емоційного вигорання у фахівців. Без належної підтримки і супервізії самі працівники втрачають здатність якісно надавати психологічну допомогу іншим. Клієнти соціальних служб часто мають

глибокі психоемоційні травми, низький рівень довіри, нестачу навичок саморефлексії, що ускладнює застосування традиційних форм консультування. Робота з такими групами (жертвами насильства, безхатченками, людьми з психічними розладами, ВПО) вимагає спеціальних підходів і тривалої міждисциплінарної підтримки.

Зазначені виклики вказують на необхідність системного реформування підготовки кадрів, нормативного забезпечення та організації роботи соціальних служб із урахуванням психологічної складової. Лише за умови їх подолання можлива ефективна інтеграція консультування в практику соціальної допомоги.

З огляду на зростання соціальної напруженості, складність запитів клієнтів і потребу в комплексному підході до допомоги людині, інтеграція психологічного консультування в соціальну роботу має чіткі стратегічні перспективи. Подальший розвиток цієї інтеграції є не лише бажаним, а й необхідним етапом модернізації системи соціальних послуг.

Одним із головних напрямів розвитку є посилення консультувальної складової в системі освіти соціальних працівників. Варто впроваджувати міждисциплінарні програми підготовки, що включають як теоретичні основи психології, так і практичні навички консультування. Актуальним є створення сертифікатних програм, курсів підвищення кваліфікації та тренінгів для вже працюючих фахівців. Запровадження системи супервізії в соціальній роботі дасть змогу уникати емоційного вигорання працівників, підвищити якість консультування та професійного розвитку. Створення регулярних професійних груп підтримки, обмін досвідом та менторство можуть сприяти як особистісному, так і командному зростанню фахівців. Діджиталізація консультування продовжує відкривати нові можливості для розширення доступу до психологічної підтримки. У майбутньому можна очікувати подальшого розвитку мобільних застосунків, чат-ботів, віртуальних платформ та гібридних моделей консультування, що поєднують онлайн- і офлайн-формати. У перспективі важливо посилити співпрацю між державними структурами, громадськими організаціями, науковцями та міжнародними партнерами задля розробки та впровадження інноваційних моделей допомоги. Доцільним є також адаптація та локалізація кращих зарубіжних практик консультування для українського контексту.

Отже, перспективи розвитку інтеграції психологічного консультування в соціальну роботу пов'язані з системними змінами у сфері освіти, управління, ресурсного забезпечення та міжвідомчої взаємодії. Такий розвиток сприятиме підвищенню ефективності соціальних послуг, зростанню довіри до системи допомоги та покращенню якості життя вразливих категорій населення.

Інтеграція психологічного консультування в соціальну роботу є актуальним та необхідним кроком у контексті зростання кількості клієнтів із комплексними психосоціальними потребами. Сучасні тенденції – мультидисциплінарний підхід, цифровізація послуг та розвиток компетентності фахівців – демонструють поступове формування нової якості соціальної допомоги, де психологічна підтримка займає центральне місце. Практика засвідчує ефективність використання різних моделей консультування у соціальній роботі, зокрема кризової допомоги, короткострокової терапії, сімейного та групового консультування. Водночас фахівці зіштовхуються з низкою викликів: браком фахової підготовки, етичними дилемами, ресурсними обмеженнями та високим рівнем професійного вигорання. Подальша ефективна інтеграція можлива лише за умови реформування професійної освіти соціальних працівників, запровадження системи супервізії, правового регулювання діяльності в межах консультування та розвитку інноваційних, у тому числі дистанційних, форм взаємодії з клієнтами.

Таким чином, інтеграція психологічного консультування в соціальну роботу не лише доповнює, а й суттєво посилює соціальну роботу, роблячи її більш чутливою до емоційного стану клієнтів і здатною підтримати людину на різних етапах подолання життєвих труднощів.

References

1. Kerivnytstvo MPK z psykhnichnoho zdorovia ta psykhosotsialnoi pidtrymky v umovakh nadzvychainoi sytuatsii: [per. z anhl.] / Mizhvidomchyi postiynyi komitet. Kyiv: Univ. vyd-vo Pulsary, 2017. 216 s.
3. Kyrylenko V. H. Konsultatyvni praktyky v sotsialnii roboti: navch. metod. posibnyk. Universytet «Ukraina». 2020. 358 s.
4. Konsultuvannia v systemi psykhosotsialnoi dopomohy ditiam i sim'iam, shcho opynyls u skladnykh zhyttievykh obstavynakh vnaslidok viiskovykh dii / avt. kol.; zah. red. V. H. Panok, I. I. Tkachuk. Kyiv: UNMTs praktychnoi psykholohii i sotsialnoi roboty, 2019. 144 s.
5. Kuznetsova O.A. Sotsialno-psykholohichne konsultuvannia yak skladova profesiinoi diialnosti sotsialnoho pratsivnyka // Sotsialna robota u vymirakh partnerstva i spivpratsi: navchalno-metodychnyi posibnyk / za zah. red. Nadii Chernukhy. Kyiv. Yurinkom Inter, 2025. – S. 395-406.
6. Kulava K. O. Osoblyvosti sotsialnoho konsultuvannia postrazhdalych vid. torhivli liudmy // K. O. Kulava. Kh mizhnarodna nauково-praktychna konferentsiia «sotsialna robota: vyklyky sohodennia». Ternopil, 2021. S. 89–91.

7. Melnychuk O. B. Osnovy psykho-konsultuvannia ta psykhokorektsii: navchalnyi posibnyk dlia studentiv podviinykh spetsialnostei iz spetsialnistiu «Praktychna psykhologhiia» ta spetsializatsiieiu «Sotsialno-psykhologichna reabilitatsiia». Kyiv: Karavela, 2015. 390 s.
8. Opanasenko L. A. Osnovy psykhologichnoho konsultuvannia: u skhemakh i tablytsiakh / L. A. Opanasenko. Mykolaiv: Ilion, 2019. 134 s.
9. Pro zatverdzhennia typovykh polozhen pro denni tsentr sotsialno-psykhologichnoi dopomohy osobam, yaki postrazhdaly vid domashnoho nasylstva ta/abo nasylstva za oznakoiu stati, ta spetsializovanu sluzhbu pervynnoho sotsialno-psykhologichnoho konsultuvannia osib, yaki postrazhdaly vid domashnoho nasylstva ta/abo nasylstva za oznakoiu stati: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 21 serpnia 2019 roku No 824. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/824-2019-%D0%BF> (data zvernennia: 30.06.2024).
10. Semyhina T. Suchasna sotsialna robota. Kyiv: Akademiia pratsi, sotsialnykh vidnosyn i turyzmu, 2020. 275 s.
11. Sulitskyi V., Shved O. Konsultuvannia v sotsialnii roboti: navchalno-metodychnyi posibnyk. Kyiv: Vydavnychiy dim «Vinichenko», 2023. 240s.
12. Khlivniuk T. P., Kulava K. O. Metody sotsialnoho konsultuvannia riznykh katehorii simej ta osib. Naukovi zapysky Vinnytskoho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu imeni M. Kotsiubynskoho. Seriia: Pedahohiky i psykhologhi, 2021. No 67. S. 122–127. ISSN 2415–787.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.13

Olena Kuznetsova

INTEGRATION OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING INTO SOCIAL WORK PRACTICE: CURRENT TRENDS AND CHALLENGES

The theses highlight the relevance of integrating psychological counseling into the social work system of Ukraine under conditions of heightened social instability. Psychological counseling is viewed as a key tool for addressing clients' deep emotional needs, enabling the effective combination of psychological support with other forms of social assistance. The core functions of counseling in social work are analyzed along with the most common models and forms of implementation. Key challenges hindering this integration are identified, including a lack of trained personnel, absence of supervisory support, staff overload, and limited funding. Particular attention is given to modern development trends such as multidisciplinary approaches, digitalization of services, and the implementation of online models of client interaction. The need for reforming professional education for social workers, strengthening cooperation between governmental, educational, and civil society institutions. It is concluded that counseling is not only an important component of social assistance but also a factor in increasing its effectiveness, sensitivity, and humanity.

Keywords: psychological counseling, social work, emotional support, crisis counseling, multidisciplinary approach, professional training, supervision, digital technologies, social services, psychosocial support.

Відомості про автора / Information about the Author

Олена Кузнецова, кандидат педагогічних. наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: helena1kuz@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0185-9944>.

Olena Kuznetsova, PhD in Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: helena1kuz@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0185-9944>.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.14

Світлана Мельничук,
Леонід Шульга

СУЧАСНИЙ СТАН ВІТЧИЗНЯНОГО ПРИРОДНО-ЗАПОВІДНОГО ФОНДУ У ЗОНІ ОКУПАЦІЇ ТА АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

У тезах загально описано сучасний стан природно-заповідного фонду України у зоні окупації та активних бойових дій. З акцентовано увагу на тому, що із кожним днем війни стан окремих територій та об'єктів природно-заповідного фонду лише погіршується. Бойові дії постійно порушують спокій диких тварин і птахів – вони гинуть під обстрілами, внаслідок пожеж чи підриву на вибухових пристроях різної категорії або намагаються втекти з гарячих точок. Окремо зазначено, які саме заповідні території наразі знаходяться під загрозою знищення. Наведено статистичні дані – суми завданих збитків вітчизняному природно-заповідному фонду через військові активні дії у різні періоди повномасштабного вторгнення та сумарно за понад ніж три роки війни. Підкреслено, що у кожному регіоні нашої країни, охопленому активними бойовими діями розмір шкоди різниться. Більш детально розглянуто стан окремих територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, які на сьогодні найбільше постраждали від війни. На кінець зазначено, що незважаючи на надскладну ситуацію в країні, природоохоронна діяльність не припиняється. Підсумовано, що війна завдає суттєвої шкоди природно-заповідному фонду, яку реально оцінити просто не можливо, через ряд суттєвих причин.

Ключові слова: природно-заповідний фонд, природоохоронна діяльність, навколишнє природне середовище, біорізноманіття, завдані збитки, шкода.

Вже як одинадцять років війна в Україні чинить руйнівний вплив на довкілля, а останні три роки повномасштабного вторгнення екосистеми більшої частини нашої держави зазнають негативних трансформацій. Знищено або частково пошкоджені території та об'єкти ПЗФ на сході, півночі і півдні нашої держави, внаслідок чого зникають рідкісні види рослинного і тваринного світу, порушується біобаланс водно-болотних угідь, погіршується мікрофлора ґрунту тощо.

Із кожним днем війни ситуація лише погіршується. Якщо у березні 2022 р. 20% природоохоронної території було уражено війною, то вже через місяць цей показник збільшився на 7% [6].

Щоденно російська федерація цинічно порушує усі існуючі норми міжнародного права, у тому числі щодо охорони природи. Наприклад, Протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів, прийнятого у 1977 р., відповідно до якого від воюючих країн вимагається захищати НПС від «масштабних, довготривалих і серйозних уражень», та забороняються методи чи засоби ведення війни, «які мають на меті або можуть призвести до заподіяння такої шкоди» [2]. Також прямо порушує 24-й принцип Декларації Ріо про навколишнє середовище та розвиток, який проголошує, що війна за своєю суттю є руйнівною для сталого розвитку, зважаючи на це, під час збройного конфлікту держави повинні забезпечувати захист довкілля і, якщо необхідно, співпрацювати заради його збереження [1].

На сьогодні, відповідно до офіційних даних Міндовкілля, воєнні дії охопили 900 об'єктів ПЗФ, площею 1,24 млн га, що становить близько третини площі всього ПЗФ нашої держави, з них – 44% території ПЗФ, які найбільше постраждали від російської агресії. Це біосферні та природні заповідники, НПП, РЛП [3]. На цих територіях ростуть тисячі видів рослин, які занесені до ЧКУ та Європейського червоного списку видів тварин і рослин, що знаходяться під загрозою зникнення у світовому масштабі.

Бойові дії постійно порушують спокій диких тварин і птахів – вони гинуть під обстрілами, внаслідок пожеж чи підриву на вибухових пристроях різної категорії (по приблизним підрахункам близько 900 видів тварин опинилися під загрозою зникнення) або намагаються втекти з гарячих точок. Так, наприклад, бої за такі населені пункти в Донецькій області як: с. Білогорівка, с. Богородичне, м. Святогірськ та м. Лиман, майже повністю проходили на території НПП «Святі Гори». А НПП «Кам'янська Січ» став місцем, де наші війська зупинили наступ агресора на правобережжі Херсонщини. Такі дії призвели до значних руйнувань та забруднення їх

територій, а від постійних вибухів порушилися геологічні і гідрологічні властивості земель. У свою чергу, внаслідок підриву російськими терористами Каховської гідроелектростанції у червні 2023 р., постраждали НПП «Великий Луг», територія якого була осушена та НПП «Нижньодніпровський», який повністю затопило, а мертвих тварин винесло на морське узбережжя Одеської області [3].

Під загрозою знищення наразі знаходяться:

– понад 17 Рамсарських об'єктів площею понад 400 тис. га (це території водно-болотних угідь, які відповідно до Рамсарської конвенції, що була підписана у 1971 р., мають міжнародне значення, переважно як середовища існування водоплавних птахів);

– близько 200 територій Смарагдової мережі загальною площею 2,9 млн га (це мережа природоохоронних територій України, що створюється на виконання положень Бернської конвенції (1971 р.) про охорону дикої флори та фауни і природних середовищ існування в Європі, яка одночасно є частиною природоохоронної мережі Європи і охороняється відповідно до законодавства Європейського Союзу);

– біосферні заповідники, що знаходять на окупованій території України (наприклад, «Асканія-Нова» ім. Фальц-Фейна, Чорноморський біосферний заповідник) [6].

Станом на 1 жовтня 2024 р. ПЗФ України через військові активні дії завдано збитків понад 628 млрд грн. При цьому у кожному регіоні нашої країни, охопленому активними бойовими діями (на сьогодні це: Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Донецька, Луганська, Харківська, Сумська та Чернігівська області), розмір шкоди різниться. Наприклад, на території Кінбурнської коси (у межах Миколаївської області), де розташовано НПП «Білобережжя Святослава», РЛП «Кінбурнська коса» та частина Чорноморського біосферного заповідника, лише за півтора роки повномасштабного вторгнення пожежами знищено 7589,4 тис. га лісів та іншої рослинності (це 96% суходолу Кінбурнського півострова) (див. рис. 1). Внаслідок чого під загрозою зникнення опинилися унікальні червонокнижні рослини (наприклад, береза дніпровська, білоцвіт літній, волошка короткоголова, орхідеї) і тварини (наприклад, скарабей священний, емпуза смугаста, ємуранчик звичайний). Разом із цим, розмір шкоди зумовленої забрудненням атмосферного повітря через масові пожежі та викидні інших забруднюючих речовин на цих ділянках становить 297,469 млрд грн [5]. На превеликий жаль, за підрахунками деяких експертів, відновлення згорілих лісових насаджень на Кінбурнській косі може зайняти до 90 років [4].

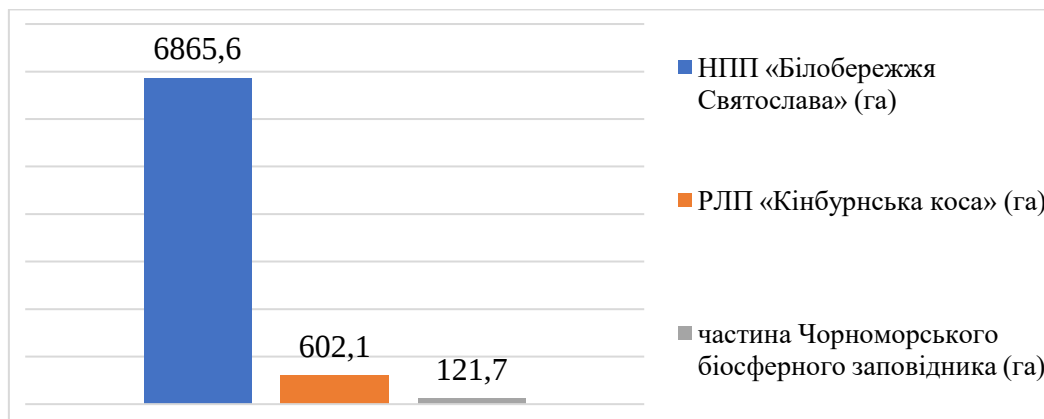


Рис. 1. Площа знищених лісів та іншої рослинності об'єктів ПЗФ на Кінбурнській косі з лютого 2022 р. до кінця 2023 р.

У НПП «Святі гори», що знаходиться на півночі Донецької області, знищено 80% території парку від загальної площі парку у 44 тис. га, з них вигоріло 60% соснових насаджень. За приблизними підрахунками сума завданих збитків становить сотні млн грн (лише 7 травня 2024 р. згоріло понад 470 га лісу, що оцінили у понад 2,6 млрд грн завданої шкоди). Точні цифри поки що назвати неможливо, оскільки більша частина парку залишається замінованою і через це є недоступною для обстеження й оцінювання завданої шкоди. Про долю червонокнижних тварин, риб, птахів, які мешкали на території парку наразі невідомо. Безпосередньо є дані про те, що повністю зруйновано місце зростання сосни крейдяної, яку занесено до ЧКУ, порушено верхній шар ґрунту та практично знищено унікальну крейдову флору через зведення різноманітних фортифікаційних споруд [7].

Окремо хотілося б підкреслити, що висока щільність мінування земель ПЗФ, які вже звільнені з окупації чи ще є окупованими або розташовані у зоні активних бойових дій, завдає величезної шкоди, оскільки, насамперед, спричинює виникнення пожеж різної категорії, впоратись з якими буває просто неможливо (знов-таки через

високу щільність мінування та відповідно великий ризик для життя пожежників), а також унеможлиблює здійснення будь-якої природоохоронної діяльності. Розмінування таких земель є дуже складним питанням (до речі, за попередніми даними потребують обстеження та розмінування приблизно 1 млн 200 тис. га.). По-перше, після звільнення територій від російських загарбників, зусилля першочергово спрямовуються на розмінування саме населених пунктів і сільськогосподарських угідь, а не природоохоронних земель. По-друге, не лише в Україні, а й в усьому світі не настільки багато спеціалізованої техніки, за допомогою якої можна було б швидко розмінувати всі території та об'єкти ПЗФ. По-третє, ризик постійних обстрілів територій ПЗФ України з боку росії, особливо тих територій, які максимально наближені до лінії фронту. Це все у сукупності гальмує процеси по відновленню та захисту територій і об'єктів ПЗФ України. Сподіваємось, що консолідованими зусиллями громадськості, влади й бізнесу, а також міжнародних партнерів нам вдасться у найкоротші терміни поновити роботу окремих об'єктів ПЗФ, очистити забруднені природоохоронні території, відродити рослинний покрив ґрунту тощо.

На кінець варто зазначити, що незважаючи на надскладну ситуацію в країні, розширюється мережа ПЗФ України. Так, наприклад, протягом 2024 р. відповідними рішеннями Миколаївської обласної ради створено чотири нові заповідні території загальною площею 232,68 га (рішення № 18 від 27 червня 2024 р. «Про створення ландшафтного заказника «Чортальські обрії» (143,1 га) у межах Мостівської громади; рішення № 9 від 19 грудня 2024 р. «Про створення ландшафтного заказника «Лук'янівський» (27,2 га) у межах Привільненської громади, ботанічного заказника «Баратівка» (62,37 га) в Горохівській громаді, ботанічної пам'ятки природи «Каркас Миколи Леонтовича» (0,01 га) у м. Миколаєві) [5].

Отже, зважаючи на викладене можна підсумувати, що на сьогодні війна завдає суттєвої шкоди ПЗФ України, яку реально оцінити просто не можливо. Оскільки частина заповідних земель тотально заміновані, на частині з них тривають активні бойові дії, а частина – час від часу піддається обстрілам. Лише за приблизними підрахунками обсяг завданої шкоди національному ПЗФ діями агресора становить понад 628 млрд грн. і з кожним днем ця сума зростає. Незважаючи на всі труднощі, спричинені російською агресією проти України та українського народу, природоохоронна діяльність не припиняється: активно налагоджуються міжнародні зв'язки щодо надання допомоги у розмінуванні заповідних територій, розширюється мережа ПЗФ України, висококваліфіковані екологи, біологи разом із управлінцями різного рівня працюють над збереженням біорізноманіття та забезпеченням нормального функціонування об'єктів і територій ПЗФ тощо.

References

1. Deklaratsiya Rio-de-Zhaneyro pro navkolyshnye seredovyshe i rozvytok vid 14 chervnya 1992 r. [Rio de Janeiro Declaration on Environment and Development of June 14, 1992]. Retrieved from: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/riodecl.shtml [in Ukrainian].
2. Dodatkovyy protokol do Zhenevskiykh konventsiy vid 12 serpnia 1949 r., shcho stosuyet'sya zakhystu zhertv mizhnarodnykh zbroynykh konfliktiv (Protokol I), vid 8 chervnya 1977 r. [Protocol Additional to the Geneva Conventions of August 12, 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I), of June 8, 1977]. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_199#Text [in Ukrainian].
3. Zapovidni terytoriyi ta viyna: dvorichnyy dosvid humanitarnoyi dopomohy [Protected areas and war: two years of humanitarian aid experience]. Retrieved from: <https://uwecworkgroup.info/uk/protected-areas-and-war-two-years-of-humanitarian-aid/#:~:text=%> [in Ukrainian].
4. Mindovkilliya: naybil'shoiy shkody zavdayut' rakety – yikhnye palyvo otruyuye grunt i vodu [Ministry of Environment: Rockets cause the greatest harm – their fuel poisons soil and water]. Retrieved from: https://lb.ua/society/2024/10/22/641065_mindovkilliya_naybilshoi_shkodi.html#:~:text=% [in Ukrainian].
5. Pryrodno-zapovidnyy fond Mykolayivshchyny: zahal'na kharakterystyka [Nature Reserve Fund of Mykolaiv Region: General Characteristics]. Retrieved from: <https://ecolog.mk.gov.ua/ua/pzf/perspektyva/> [in Ukrainian].
6. Cherez viys'kovi diyi okupanta 900 zapovidnykh terytoriy Ukrayiny s'ohodni perebuvayut' v nebezpetsi [Due to the military actions of the occupier, 900 protected territories of Ukraine are in danger today]. Retrieved from: <https://mepr.gov.ua/cherez-vijskovi-di-yi-okupanta-900-zapovidnyh-terytorij-ukrayiny-sogodni-perebuvayut-v-nebezpetsi/> [in Ukrainian].
7. Yak viyna peretvoryla natsional'nyy park «Svyati hory» na zonu ekolohichnoyi katastrofy [How the war turned the Holy Mountains National Park into an ecological disaster zone]. Retrieved from: <https://nsirogozy.city/articles/392554/yak-vijna-peretvorila-nacionalnij-park-svyati-gori-na-zonu-ekologichnoi-katastrofi-> [in Ukrainian].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.14

Svitlana Melnychuk,
Leonid Shulha

**CURRENT STATUS OF THE NATIONAL NATURE RESERVE FUND IN THE ZONE OF OCCUPATION
AND ACTIVE COMBAT OPERATIONS**

The theses generally describe the current state of the natural reserve fund of Ukraine in the zone of occupation and active hostilities. It is emphasized that with each day of the war, the condition of individual territories and objects of the natural reserve fund only worsens. Hostilities constantly disturb the peace of wild animals and birds – they die under shelling, as a result of fires or explosions of explosive devices of various categories, or try to escape from hot spots. It is separately indicated which protected areas are currently under threat of destruction. Statistical data is provided - the amount of damage caused to the national natural reserve fund due to active military actions during different periods of the full-scale invasion and in total for more than three years of the war. It is emphasized that in each region of our country, covered by active hostilities, the amount of damage varies. The state of individual territories and objects of the natural reserve fund of Ukraine, which have suffered the most from the war to date, is considered in more detail. Finally, it is noted that despite the extremely difficult situation in the country, environmental protection activities do not stop. It is concluded that the war causes significant damage to the nature reserve fund, which is simply impossible to realistically assess due to a number of significant reasons.

Keywords: nature reserve fund, environmental protection activities, environment, biodiversity, damage caused, damage.

Відомості про автора / Information about the Author

Світлана Мельничук, кандидат біологічних наук, доцент кафедри екології та природоохоронних технологій Національного університету кораблебудування ім. адмірала Макарова, м. Миколаїв, Україна. E-mail: s.s.melnichuk87@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7380-6177>

Svitlana Melnychuk, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Ecology and Environmental Technologies, Admiral Makarov National Shipbuilding University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: s.s.melnichuk87@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7380-6177>

Леонід Шульга, студент факультет економіки та екології моря Національного університету кораблебудування ім. адмірала Макарова, м. Миколаїв, Україна. E-mail: leonidsulga0@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3466-3333>

Leonid Shulga, student of the faculty of economics and ecology of the sea of the Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: leonidsulga0@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3466-3333>

© С. Мельничук, Л. Шульга

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.15

Арсен Мовсисян
Максим Зак

ОСОБЛИВОСТІ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Тези представляють літературний огляд щодо важливості оцінки якості життя (ЯЖ) у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК). СПК – це хронічний функціональний розлад травного тракту, що суттєво знижує ЯЖ пацієнтів. Оцінка ЯЖ у таких хворих має ключове значення для клінічної практики та наукових досліджень, оскільки дозволяє об'єктивізувати вплив захворювання на фізичне, психоемоційне та соціальне функціонування. У роботі розглянуто загальні (SF-36) та специфічні (IBS-QOL, IBS-HR-QOL) опитувальники, що використовуються для оцінки ЯЖ при СПК, порівнюються їхні психометричні властивості та зручність застосування. Визначено, що інтеграція таких інструментів у клінічну практику сприяє розробці персоналізованих підходів до терапії, орієнтованих не лише на полегшення симптомів, а й на підвищення загального благополуччя пацієнтів.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, якість життя, опитувальник SF-36, IBS-QOL, IBS-HR-QOL.

Актуальність проблеми.

Оцінка якості життя (ЯЖ) є важливим аспектом сучасної медицини, який включає різноманітні фізичні, психологічні, емоційні та соціальні фактори, що характеризують стан пацієнта, а також відображає його здатність адаптуватися до симптомів захворювання. Це поняття вперше було введено в медичну практику в 1947 році професором D. Karnofsky, який у своїй роботі з оцінки ефективності хіміотерапії при раку звернув увагу на нефізіологічні аспекти хвороби [1]. У 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила здоров'я, як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, що стало основою для подальших досліджень факторів, що визначають якість життя [2].

Вперше термін «якість життя» у контексті оцінки наслідків захворювання був застосований J. R. Elkington у 1966 році, а в 1977 році він отримав офіційне визнання в медичній практиці [3]. Наразі згідно ВООЗ ЯЖ розуміється, як комплексна характеристика, що охоплює фізичний, психологічний та соціальний стан пацієнта, ґрунтуючись на його суб'єктивному сприйнятті [4]. З 1994 року під час першої щорічної конференції в Брюсселі було створено Міжнародне товариство з дослідження якості життя (ISOQOL), що існує і понині та має місію, що полягає в розвитку науки про ЯЖ та пов'язаних з нею результатів, орієнтованих на пацієнта, у дослідженнях, догляді та політиці охорони здоров'я. Завдяки цій організації можливе порівняння результатів різних досліджень у сфері ЯЖ і уникнення суперечностей в їх інтерпретаціях [5]. Отже, на сьогодні ефективність методів дослідження якості життя є науково доведеною.

Оцінка ЯЖ є важливою в медицині, оскільки вона дає змогу не тільки оцінити ефективність лікування, а й розробити індивідуалізовані схеми терапії та реабілітації, враховуючи специфічні потреби пацієнта. Оцінка ЯЖ набула широкого застосування в наукових і клінічних дослідженнях. В гастроентерології ці методи почали застосовуватися в 90-х роках 20 століття [6]. А на сьогодні оцінка ЯЖ використовується зокрема в контексті хронічних захворювань, таких як запальні захворювання кишечника, а також функціональних розладів, таких як синдром подразненого кишечника (СПК), де захворювання має хронічний перебіг з періодами загострень і ремісій. У таких випадках головною метою лікування є не лише усунення симптомів, але й забезпечення пацієнту гідної якості життя, що робить оцінку ЯЖ важливим інструментом для визначення стану здоров'я та ефективності лікувальних заходів.

СПК — це функціональне гастроінтестинальне порушення, що проявляється хронічним абдомінальним болем, здуттям живота та розладами випорожнення (діарея, запор або їх чергування) за відсутності виявлених органічних причин. Поширеність СПК у популяції становить від 10% до 15%, що робить його одним із

найрозповсюдженіших захворювань травного тракту [7]. Якість життя у хворих на СПК формується під впливом комплексу соматичних, психологічних і соціальних факторів. Близько 40% пацієнтів із СПК мають супутні тривожні або депресивні розлади, що значною мірою погіршують суб'єктивне сприйняття власного стану. Тривожність чинить сильніший вплив на ЯЖ, аніж депресія, знижуючи здатність до адаптації в умовах хронічного захворювання [12].

До найвагоміших соматичних симптомів, що порушують щоденне функціонування, належать здуття живота, ургентні позиви до дефекації, а також позакишкові соматичні прояви. При цьому абдомінальний біль, попри свою поширеність, має менш виражений негативний вплив на ЯЖ порівняно з іншими симптомами [12].

Соціальна дезадаптація, труднощі в професійній діяльності, обмеження у міжособистісних стосунках — характерні проблеми для пацієнтів із СПК. Захворювання суттєво знижує здатність брати участь у громадському житті та зберігати належний рівень трудової активності.

Попри відсутність загрозливих для життя ускладнень, враховуючи вищезазначені психосоціальні та соматичні дезадаптивні прояви, СПК істотно знижує ЯЖ пацієнтів, впливаючи на їхнє фізичне, психологічне та соціальне благополуччя.

Матеріали і методи.

Оцінка ЯЖ у пацієнтів із СПК має суттєве значення як для клінічної практики, так і для наукових досліджень, оскільки дозволяє об'єктивізувати вплив захворювання на повсякденне життя хворого та ефективність проведеної терапії. Оцінювання ЯЖ у пацієнтів із СПК здійснюється за допомогою різноманітних анкет-опитувальників, які поділяються на загальні та специфічні для СПК [8].

Загальні опитувальники:

- Одним із найбільш широко застосовуваних загальних опитувальників є MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey), запропонований J.E. Ware у 1993 році. Опитувальник складається з 36 пунктів, які охоплюють вісім доменів: фізичне функціонування, рольові обмеження внаслідок фізичного стану, інтенсивність болю, загальне здоров'я, рівень життєвої енергії, соціальну активність, рольові обмеження через емоційний стан та психічне здоров'я. SF-36 вирізняється високими психометричними властивостями, зокрема внутрішньою узгодженістю ($\alpha = 0,80$), і часто використовується як еталон при валідації спеціалізованих опитувальників для оцінки ЯЖ у різних популяціях [9,10].

Специфічні опитувальники для СПК:

- IBS-QOL (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life) — спеціально розроблений для оцінки ЯЖ у хворих на СПК, включає 34 запитання, що охоплюють 8 доменів: дисфорія, вплив на повсякденну активність, образ тіла, стан здоров'я, харчування, соціальні стосунки, сексуальні відносини та взаємини з медичним персоналом. Опитувальник продемонстрував високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,95$) та добру конвергентну валідність [11].

- IBS-HR-QOL (Irritable Bowel Syndrome Health-Related Quality of Life) — новий інструмент, який складається з 16 пунктів і призначений для оцінки ЯЖ у пацієнтів із СПК. Показав високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,93$) та надійність при повторному тестуванні (ICC = 0,88). Опитувальник демонструє кореляцію з SF-36 та шкалою тривожності й депресії HADS, що підтверджує його валідність [8].

Для кращого розуміння різниці в цих шкалах, пропонуємо розглянути порівняльну табл. 1:

Таблиця 1.

Порівняльна таблиця інструментів оцінки якості життя при СПК

Характеристика	MOS SF-36	IBS-QOL	IBS-HR-QOL
Специфічність для СПК	Ні	Так	Так
Кількість пунктів	36	34	34
Основні домени	8	8	4
Час заповнення (хв)	~10	~15	~15
Внутрішня узгодженість (коефіцієнт Кронбаха - α)	0.80	0.95	0.93
Чутливість до змін	Середня	Висока	Висока

Характеристика	MOS SF-36	IBS-QOL	IBS-HR-QOL
Обмеження	Не враховує специфіку СПК, менш чутливий до змін у симптоматиці захворювання	Більший час на заповнення, обмежене використання за межами СПК	Відносно новий, бракує довгострокових валідацій
Використання в дослідженнях	Широко використовується як контрольна шкала	Стандартизований інструмент для СПК у клінічних дослідженнях	Перспективний, застосовується у новітніх клінічних випробуваннях

Джерело: сформовано автором на основі: [8,9,10,11,12]

Висновок

Оцінка ЯЖ у пацієнтів із СПК є важливим компонентом комплексного підходу до лікування в сучасній гастроентерології та доказовій медицині в цілому. Вона дозволяє глибше зрозуміти реальний вплив захворювання на повсякденне життя хворих, сприяє персоналізації лікування та дає змогу комплексно оцінювати ефективність медичних втручань. Використання валідованих опитувальників, таких як SF-36, IBS-QOL та IBS-HR-QOL, є доцільним як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Вибір інструмента для оцінки якості життя у пацієнтів із СПК залежить від завдань дослідження або клінічного застосування. Анкета MOS SF-36 підходить для загального порівняння стану здоров'я, проте не враховує специфіку симптоматики СПК. Натомість опитувальники IBS-QOL та IBS-HR-QOL є більш спеціалізованими засобами оцінки, що дозволяють глибше дослідити вплив СПК на повсякденне життя пацієнтів, але мають ще. Вони відзначаються високою надійністю та чутливістю до змін клінічного стану, що робить їх доцільним вибором у клінічній практиці та наукових дослідженнях, спрямованих на оцінку ефективності лікування і покращення якості життя пацієнтів із СПК. Тому використання саме специфічних опитувальників, дозволяє точніше оцінити вплив захворювання на різні аспекти життя пацієнта.

З урахуванням високої поширеності СПК, багатофакторності його патогенезу та значного тиску на повсякденне життя пацієнтів, систематичне вимірювання ЯЖ повинно стати рутинною частиною ведення хворих у практиці лікаря загальної практики та гастроентеролога.

References:

- Karnofsky D, Burchenal J, The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod C, ed. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York, NY: Columbia University Press; 1949:191–205.
- World Health Organization (1948). Summary Reports on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573> (Accessed: May 15, 2025).
- M. Pennacchini, M. Bertolaso, M.M. Elvira, M.G. De Marinis. Institute of Philosophy of Scientific and Technological Activity, and Department of Nursing, University Campus Bio-Medico of Rome, Italy; IESE Business School, Spain and Lexington College, Chicago USA Clin Ter 2011; 162 (3):e99-103. URL: <https://www.researchgate.net/publication/51455603> (Accessed: May 15, 2025).
- The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). 1 March 2012. Guidance (normative). P. 11 URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1 (Accessed: May 15, 2025).
- Who We Are. ISOQOL: website. URL: <https://www.isoqol.org/who-we-are/> (Accessed: May 15, 2025).
- Eypasch, Ernst & Wood-Dauphinee, S. & Williams, J.I. & Ure, Benno & Neugebauer, Edmund A.M. & Troidl, Hans. (1993). The gastrointestinal quality of life index (GQLI). A clinimetric index for the measurement of well-being in gastroenterological surgery. Chirurg. 64. 264-274. URL: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229> (Accessed: May 15, 2025).
- Lovell R, Ford A: Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2012, 10: 712–721. 10.1016/j.cgh.2012.02.029. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22426087/> (Accessed: May 15, 2025).
- Lee EH, Kwon O, Hahm KB, Kim W, Kim JI, Cheung DY, Kim YJ, Kim JH, Park JJ, Joo MK. Irritable bowel syndrome-specific health-related quality of life instrument: development and psychometric evaluation. Health Qual Life Outcomes. 2016 Feb 17;14:22. doi: 10.1186/s12955-016-0423-9. PMID: 26882900; PMCID: PMC4756460. URL: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0423-9> (Accessed: May 15, 2025).

5. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/> (Accessed: May 15, 2025).
6. Araya Marín, N., Barrantes Valverde, K., Fernández Castro, M., Rodríguez Rodríguez, M., & García Castro, J. D. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de San Ramón, Alajuela - Sede Occidente, Universidad de Costa Rica. *InterSedes*, 18(38). URL: <https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32670> (Accessed: May 15, 2025).
7. Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, Roblin N, Paterson WG. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2002 Apr;97(4):962-71. doi: 10.1111/j.1572-0241.2002.05616.x. PMID: 12003433. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12003433/> (Accessed: May 15, 2025).
8. Xie X, He J, Xu S, Xu Z, Long Y, Duan Z, Yang J, Zhang Z, Wu J, Cai L, Liang L, Dai N, Zhang J, Bai T, Hou X. Psychological factors may affect the quality of life in irritable bowel syndrome patients more than the gut itself? A multicenter cross-sectional study. *JGH Open*. 2024 Mar 26;8(3):e13045. doi: 10.1002/jgh3.13045. PMID: 38544955; PMCID: PMC10966133. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10966133> (Accessed: May 15, 2025).

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.15

Arsen Movsesyan
Maksym Zak

FEATURES AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

This abstract presents a literature review on the importance of assessing quality of life (QOL) in patients with irritable bowel syndrome (IBS). IBS is a chronic functional gastrointestinal disorder that significantly impairs patients' QOL. Evaluating QoL in such individuals is essential for both clinical practice and scientific research, as it enables an objective assessment of the disease's impact on physical, psycho-emotional, and social functioning. The review analyzes general (SF-36) and disease-specific (IBS-QOL, IBS-HR-QOL) questionnaires used to assess QOL in IBS, comparing their psychometric properties and practical applicability. It is concluded that integrating these tools into clinical workflows facilitates the development of personalized therapeutic strategies aimed not only at symptom relief but also at improving the overall well-being of patients.

Keywords: irritable bowel syndrome, quality of life, SF-36 questionnaire, IBS-QOL, IBS-HR-QOL.

Відомості про авторів / Information about the Author

Мовсесян Арсен, аспірант першого року навчання кафедри терапевтичних дисциплін, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: atmo777@gmail.com.

Arsen Movsesyan, PhD student (1st year), Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: atmo777@gmail.com.

Зак Максим, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. ORCID: 0000-0002-9931-4290.

Maksym Zak, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. ORCID: 0000-0002-9931-4290.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.16

Анна Овечко
Максим Зак

ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ ТА ОЖИРІННЯ: ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ

Тези присвячені аналізу клінічного та патофізіологічного взаємозв'язку між хронічними дерматозами (ХД) та ожирінням як прикладу коморбідної патології. Встановлено, що ожиріння значно погіршує перебіг шкірних захворювань через посилення системного запального процесу, метаболічні та імунні порушення.

Протягом 2023-2024 років на базі університетської клініки було проведено клінічне обстеження 1 348 пацієнтів з хронічними захворюваннями шкіри. Серед них у 249 (18,5%) було діагностовано ожиріння ($IMT \geq 30$ кг/м²), з них 145 жінок (58,2%) та 104 чоловіків (41,8%). Найпоширенішими діагнозами в цій підгрупі були псоріаз (32,1%), атопічний дерматит (26,1%), хронічна кропив'янка (14,9%), екзема (12%) та себорейний дерматит (8%). Пацієнти з ожирінням мали більш важкий перебіг захворювань і більшу поширеність тривожних (42%) та депресивних (38%) розладів. Жінки переважно демонстрували обмежувальну харчову поведінку, тоді як чоловіки були схильні до зовнішніх патернів харчування.

Необхідний мультидисциплінарний підхід із залученням дерматологів, психотерапевтів і дієтологів. Модифікація способу життя та програми психологічної підтримки можуть покращити як дерматологічні, так і метаболічні показники здоров'я.

Ключові слова: хронічні дерматози, ожиріння, коморбідність, індекс маси тіла, харчова поведінка, депресія.

Актуальність проблеми. Хронічні дерматози (ХД) та ожиріння є одними з найпоширеніших патологій, які мають суттєвий вплив на якість життя пацієнтів і часто перебігають як супутні захворювання. У сучасній дерматології зростає інтерес до вивчення системного характеру шкірних захворювань, зокрема їхнього зв'язку з метаболічними порушеннями. Ожиріння, яке супроводжується хронічним низькорівневим запаленням, інсулінорезистентністю, гормональними дисбалансами, суттєво впливає на перебіг таких дерматозів, як псоріаз, атопічний дерматит, себорейний дерматит та інші. Крім того, психоемоційні порушення, що часто супроводжують обидва стани, поглиблюють клінічну картину і знижують комплаєнс пацієнтів до лікування.

Встановлено, що пацієнти з ожирінням мають підвищений ризик розвитку тяжчих форм ХД, менш ефективно відповідають на стандартну терапію та частіше мають супутні розлади харчової поведінки. Попри це, коморбідність ХД і ожиріння залишається недооціненою в клінічній практиці, що ускладнює своєчасну діагностику, прогнозування перебігу захворювань та підбір індивідуалізованих стратегій лікування. Саме тому дослідження цієї теми є актуальним для вдосконалення медичної допомоги, впровадження мультидисциплінарного підходу та підвищення якості життя таких пацієнтів.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі університетської поліклініки ЧНУ імені Петра Могили у період з січня 2023 року по березень 2024 року. Загалом було обстежено 1348 пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою з приводу хронічних шкірних захворювань. Усім пацієнтам проводився клініко-дерматологічний огляд, збір анамнезу, а також антропометричне обстеження (визначення індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії та стегон).

Пацієнтів із ожирінням ($IMT \geq 30$ кг/м²) виділено в окрему підгрупу для подальшого аналізу. В межах підгрупи оцінювались тип основного дерматозу, ступінь його тяжкості, наявність тривожних і депресивних симптомів, тип харчової поведінки, а також гендерні особливості. Результати наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з ожирінням за видом дерматозу та статтю (n = 249)

Захворювання	Жінки (n = 145)	Чоловіки (n = 104)	Разом (n = 249)
Псоріаз	46 (31,7%)	34 (32,7%)	80 (32,1%)
Атопічний дерматит	41 (28,3%)	24 (23,1%)	65 (26,1%)
Хронічна кропив'янка	19 (13,1%)	18 (17,3%)	37 (14,9%)
Екзема	17 (11,7%)	13 (12,5%)	30 (12,0%)
Себорейний дерматит	12 (8,3%)	8 (7,7%)	20 (8,0%)
Інші	10 (6,9%)	7 (6,7%)	17 (6,8%)

Пацієнти з ХД та супутнім ожирінням мали тяжчий клінічний перебіг, частіше скаржилися на тривожні (42%) та депресивні (38%) розлади, що свідчить про вплив ожиріння на психоемоційний стан. Жінки демонстрували переважно обмежувальний тип харчової поведінки, чоловіки — екстернальний.

Отримані результати свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між хронічними дерматозами та ожирінням. Наявність надмірної ваги не тільки збільшує ризик розвитку шкірних захворювань, а й ускладнює їх лікування. Особливу увагу варто приділяти психоемоційному стану пацієнтів: високий рівень тривожних і депресивних розладів вказує на необхідність психологічного супроводу.

Згідно з літературними даними, хронічне запалення при ожирінні формує несприятливий фон для перебігу дерматозів. Адипоцити продукують прозапальні цитокіни (IL-6, TNF-α), які активують імунну систему, посилюючи клінічні прояви шкірних уражень. Крім того, інсулінорезистентність впливає на ріст і диференціацію кератиноцитів, що особливо важливо при псоріазі.

Особливості гендерних відмінностей. Виявлені гендерні відмінності в типі харчової поведінки можуть свідчити про різні психоемоційні механізми адаптації до стресу у чоловіків і жінок. Обмежувальна поведінка у жінок часто виникає внаслідок соціального тиску та домінуючих культурних уявлень про еталонні параметри фізичної зовнішності, тоді як у чоловіків екстернальний тип поведінки асоціюється зі зниженим рівнем самоконтролю щодо харчування. Це відкриває перспективи для створення гендерно-орієнтованих програм психотерапії та корекції способу життя.

Прогностичне значення та підходи до терапії. Ігнорування коморбідності дерматозів і ожиріння може призводити до хронізації патологічного процесу, резистентності до стандартної терапії, погіршення прогнозу. Важливо впроваджувати комплексні моделі надання допомоги. Зокрема, показано, що навіть помірна втрата маси тіла (на 5–10%) покращує клінічний перебіг псоріазу, зменшує потребу в системній терапії та покращує якість життя пацієнтів.

Доцільним є створення спеціалізованих мультидисциплінарних клінік, де пацієнти з дерматозами та метаболічними порушеннями зможуть отримати не тільки дерматологічну допомогу, а й підтримку дієтолога, ендокринолога, психотерапевта. Застосування програм модифікації способу життя та психологічної підтримки сприятиме покращенню перебігу як шкірної, так і метаболічної патології.

Висновки. Ожиріння виступає важливим модифікованим фактором, який значною мірою впливає на перебіг хронічних дерматозів. Поєднання шкірної патології з метаболічними порушеннями зумовлює більш тяжкий клінічний перебіг, знижує ефективність стандартної терапії та погіршує якість життя пацієнтів. Часті психоемоційні та харчові розлади, виявлені в цій групі, вказують на необхідність комплексного підходу до лікування, який би враховував не лише дерматологічний, а й психоемоційний та метаболічний статус пацієнта. Впровадження мультидисциплінарних підходів, що поєднують роботу дерматолога, психотерапевта та дієтолога, сприяє досягненню більш стійкого клінічного ефекту та покращенню загального стану пацієнтів. У цьому контексті особливо актуальним стає розвиток персоналізованих алгоритмів лікування та подальші дослідження патогенетичних механізмів коморбідності для удосконалення терапевтичної практики.

References

2. Vsesvitna orhanizatsiia okhorony zdorov ya. Ozhyrinnia i nadlyshkova vaha. – 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Gisondi P., Fostini A.C., Fossà I., Girolomoni G., Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. Clin Dermatol. 2018;36(1):21-28. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.005>
4. Jensen P., Zachariae C., Christensen R., Geiker N.R.W., Schaadt B.K., Stender S., et al. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. JAMA Dermatol. 2013;149(7):795-801.
5. Verma S.B., Wollina U. Obesity and skin: a dermatologic overview. J Cutan Aesthet Surg. 2012;5(1):12–15.

6. Krajewska-Włodarczyk M., Owczarczyk-Saczonek A., Wygonowska E., Placek W. Metabolic syndrome and its components in psoriatic patients: a case-control study. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37(4):560-566.
7. Kromer C., Celis D., Patel P., Ahn C., Kimball A. The impact of obesity on quality of life in psoriasis. *Int J Dermatol.* 2021;60(8):e304-e309.
8. Griffiths C.E., Armstrong A.W., Gudjonsson J.E., Barker J.N. Psoriasis. *Lancet.* 2021;397(10281):1301-1315.
9. Takahashi H., Tsuji H., Honma M., Ishida-Yamamoto A., Iizuka H. Increased plasma resistin and decreased omentin levels in Japanese patients with psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2013;305(2):113-116.
10. Langan S.M., Seminara N.M., Shin D.B., Troxel A.B., Kimmel S.E., Mehta N.N. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol.* 2012;132(3 Pt 1):556-562.
11. Arnold L.M., Hudson J.I., Keck P.E. Comorbidity of chronic medical conditions in individuals with major depressive disorder: the impact on quality of life. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):743-750.
12. Sominsky L., Spencer S.J. Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Front Psychol.* 2014;5:434.
13. Weller C., Rademaker M. The effects of obesity on skin disease. *Aust J Dermatol.* 2020;61(3):199-206.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.16

Anna Ovechko
Maksym Zak

CHRONIC DERMATOSES AND OBESITY: COMORBIDITY ISSUES

The theses analyze the clinical and pathophysiological interrelation between chronic dermatoses (CD) and obesity as an example of comorbid pathology. It has been established that obesity aggravates the course of skin diseases due to enhanced systemic inflammation, metabolic and immune dysfunctions.

During 2023–2024, a clinical evaluation of 1,348 patients with chronic skin diseases was conducted at the university clinic. Among them, 249 (18.5%) were diagnosed with obesity ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), including 145 women (58.2%) and 104 men (41.8%). The most common diagnoses in this subgroup included psoriasis (32.1%), atopic dermatitis (26.1%), chronic urticaria (14.9%), eczema (12%), and seborrheic dermatitis (8%).

Patients with obesity had more severe disease courses and a higher prevalence of anxiety (42%) and depressive (38%) disorders. Women primarily showed restrictive eating behaviors, while men tended to display external eating patterns.

A multidisciplinary approach involving dermatologists, psychotherapists, and dietitians is necessary. Lifestyle modification and psychological support programs can improve both dermatological and metabolic health outcomes.

Key words: chronic dermatoses, obesity, comorbidity, body mass index, eating behavior, depression.

Відомості про авторів / Information about the Author

Овечко Анна, аспірантка другого року навчання кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: annovechko@ukr.net. ORCID: 0009-0002-6982-0720.

Anna Ovechko, PhD student (2nd year), Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: annovechko@ukr.net. ORCID: 0009-0002-6982-0720.

Зак Максим, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. ORCID: 0000-0002-9931-4290.

Maksym Zak, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. ORCID: 0000-0002-9931-4290.

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.17

Лариса Патрушева

ЗМІНА ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМУ В ПІВНІЧНОМУ ПРИЧОРНОМОР'І ЯК ІНДИКАТОР РЕГІОНАЛЬНОЇ КЛІМАТИЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

У роботі здійснено аналіз змін середньомісячних температур повітря у Північному Причорномор'ї за період 1980–2024 років. Досліджено динаміку температурних режимів у перехідні сезони (весна, осінь), а також середніх максимальних температур літа і середніх мінімальних температур зими для міст Одеса та Миколаїв. Встановлено чітку тенденцію до підвищення температури в усі пори року, що свідчить про посилення процесів регіонального потепління. Отримані результати можуть бути використані для оцінки кліматичних ризиків та розробки адаптаційних стратегій у сільському господарстві і природокористуванні.

Ключові слова: кліматичні зміни, середньомісячні температури, екстремальні температури, Північне Причорномор'я, регіональне потепління.

У сучасних умовах глобальних кліматичних змін питання регіональної кліматичної динаміки набуває особливого значення. Північне Причорномор'я, розташоване в межах степової зони, є регіоном, надзвичайно вразливим до кліматичних трансформацій. Підсилення деяких метеорологічних особливостей, характерних для цієї території (посушливість, високі температури повітря, нерівномірний перерозподіл опадів тощо), може сприяти зміні біотичного різноманіття, деградації зональних природних ландшафтних комплексів та активізації процесів опустелювання. Це буде впливати на технології ведення сільського господарства, потребуватиме акліматизації нових культур. Крім того зміна клімату змусить суспільство адаптуватися до нового середовища для збереження комфортних умов життя. Температурний режим є одним із ключових індикаторів динаміки регіонального клімату. зміни якого суттєво впливають на стан аграрного виробництва, водні ресурси, біорізноманіття та загальну якість життя населення.

Зміна середніх, максимальних і мінімальних температур, збільшення добової та річної амплітуди, зростання частоти температурних екстремумів та розширення тривалості періодів з високими температурами є яскравими проявами трансформації клімату. Дослідження особливостей температурного режиму в регіоні дає змогу виявити тенденції динаміки клімату та оцінити перспективи перетворення природних систем.

Проблема кліматичних змін, як на глобальному, так і на регіональному рівнях є дуже цікавою для наукових установ, органів влади, засобів масової інформації та представників громадянського суспільства. Вона активно вивчається фаховими дослідниками, які використовуючи дані системних метеорологічних спостережень моделюють ситуацію, розробляють прогноз і надають рекомендації, як адаптуватися до поточних змін.

Для території України та, зокрема, Північного Причорномор'я численні дослідження проведені Біликом В. М. та Мартиновим Д. Ф. [1], Назаренком О. В. [2], Клименком Ю. І і Колесником С. І., [3], фіксують тенденцію до підвищення середньомісячних і середньорічних температур, особливо в літній період. Згідно з аналізом даних гідрометеорологічних спостережень, за останні 30 років на території степової зони спостерігається стійке потепління, що супроводжується збільшенням кількості днів із температурою понад +30 °C і скороченням зимового періоду.

Науковці також звертають увагу на зміну режиму атмосферних опадів: спостерігається зменшення річної кількості опадів за рахунок зниження їх кількості у весняно-літній період, що поглиблює ризики засух і водного дефіциту. У роботах Гопченко Є.С. [4] та Яковенко І.М. [5] підкреслюється вплив цих змін на сільське господарство, водні ресурси та біорізноманіття регіону.

Таким чином, накопичена наукова база засвідчує актуальність і необхідність детального дослідження температурного режиму як одного з основних параметрів кліматичної трансформації, зокрема в контексті Північного Причорномор'я. Напрацьовані результати стали основою для більш детального вивчення проблеми.

Метою дослідження є аналіз змін температури атмосферного повітря у Північному Причорномор'ї впродовж періоду з 1980 року, що дозволяє виявити особливості змін температурного режиму та оцінити їх як індикатор регіональної кліматичної трансформації в умовах глобального потепління.

Для досягнення поставленої мети виконано наступні завдання:

1. Зібрано та систематизовано метеорологічні дані про температурний режим у Північному Причорномор'ї за обраний період спостережень.

2. Проаналізовано динаміку сезонних та екстремальних температур у регіоні.

3. Визначено просторові особливості зміни температур на території Північного Причорномор'я.

4. Встановлено тенденції у зміні температурного режиму як можливий прояв кліматичної трансформації.

Під час виконання роботи було використано комплексний підхід, який поєднав методи геоінформаційного моделювання, візуалізації кліматичних даних та статистичний аналіз.

Показники температурного режиму атмосферного повітря в північному Причорномор'ї було отримано з відкритих кліматичних даних щодо середньомісячних та екстремальних температур міст Миколаєва та Одеси за період з 1980 до 2024 рр. Джерелом інформації слугував онлайн-ресурс [Climate-Data.org](https://climate-data.org) [6], який надає доступ до довгострокових статистичних кліматичних показників.

Для аналізу динаміки температури атмосферного повітря як індикатора зміни регіонального клімату нами було обрано показники середньомісячних температур квітня і жовтня (рис. 1, 2).

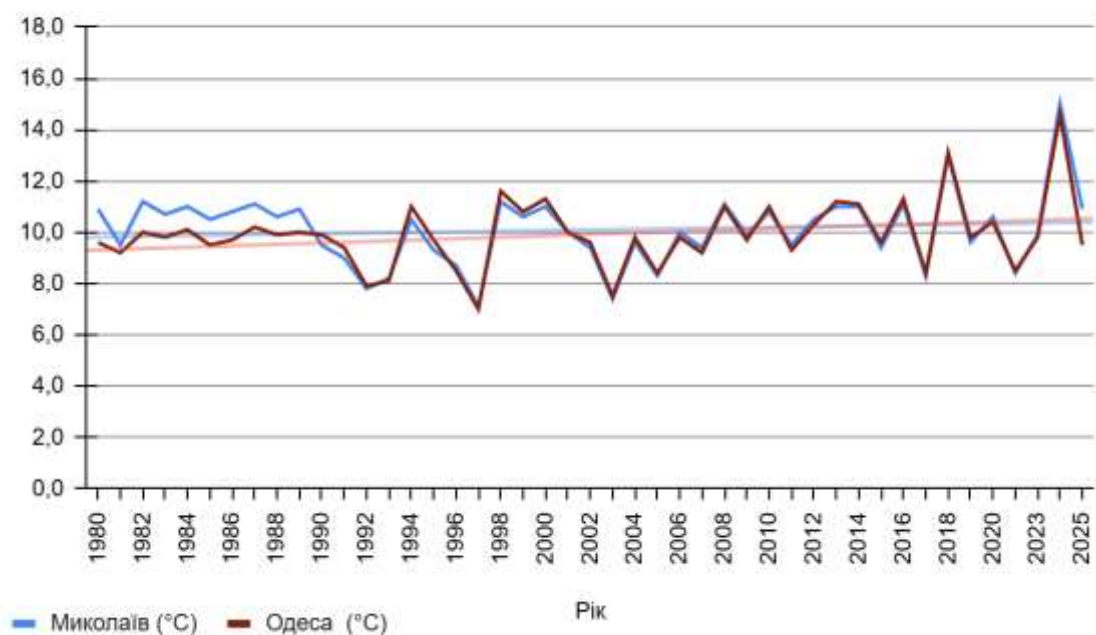


Рис. 1 Динаміка температур у квітні

Коливання значень середньомісячних температур становить від 7,0 у квітні 1997 року до 14,6 у квітні 2024 року в Одесі та від 7,1 у 1997 році до 15,6 у 2024 році в Миколаєві. Незважаючи на досить широкий діапазон значень середньомісячних температур загальний багаторічний тренд демонструє зростання.

Щодо середньомісячних жовтневих температур, то температури в Одесі постійно вище, ніж в Миколаєві, в середньому на 0,7°C, це є чітко виражений вплив моря. Діапазон коливання температур протягом періоду дослідження становить в обох пунктах 7°C. Спостерігається загальна тенденція до зростання середньомісячних температур у жовтні.

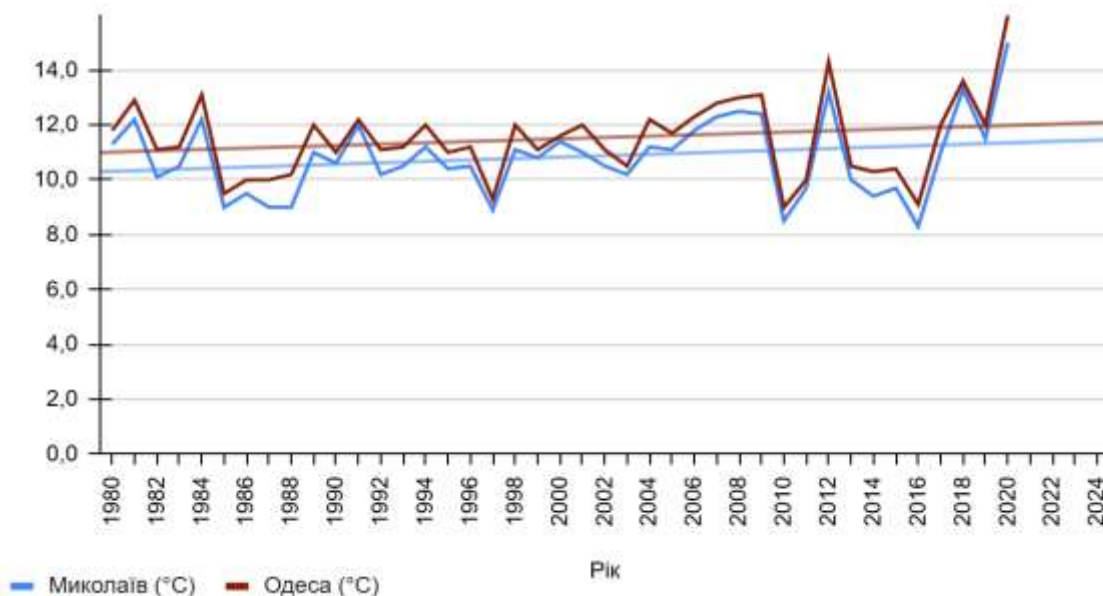


Рис. 2 Динаміка температур у жовтні.

Для характеристики температур найтеплішого місяця нами обрано середньомісячні максимальні температури, їх динаміку представлено на рисунку 3.

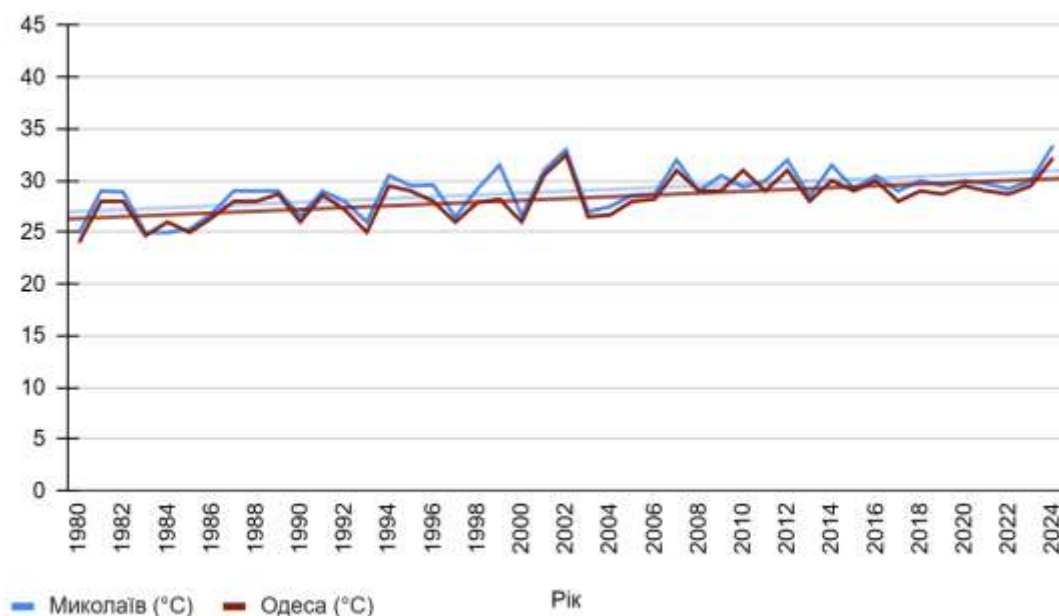


Рис. 3 Динаміка температур у липні.

Температури у Миколаєві вищі ніж в Одесі майже завжди за рідким виключенням деяких років. Діапазон значень становить 8°C від 24 до 32. Тренд демонструє зростання середньомісячних максимальних температур в обох містах.

Щодо характеристики найхолоднішого місяця ми обрали середньомісячні мінімальні температури (рис. 4).

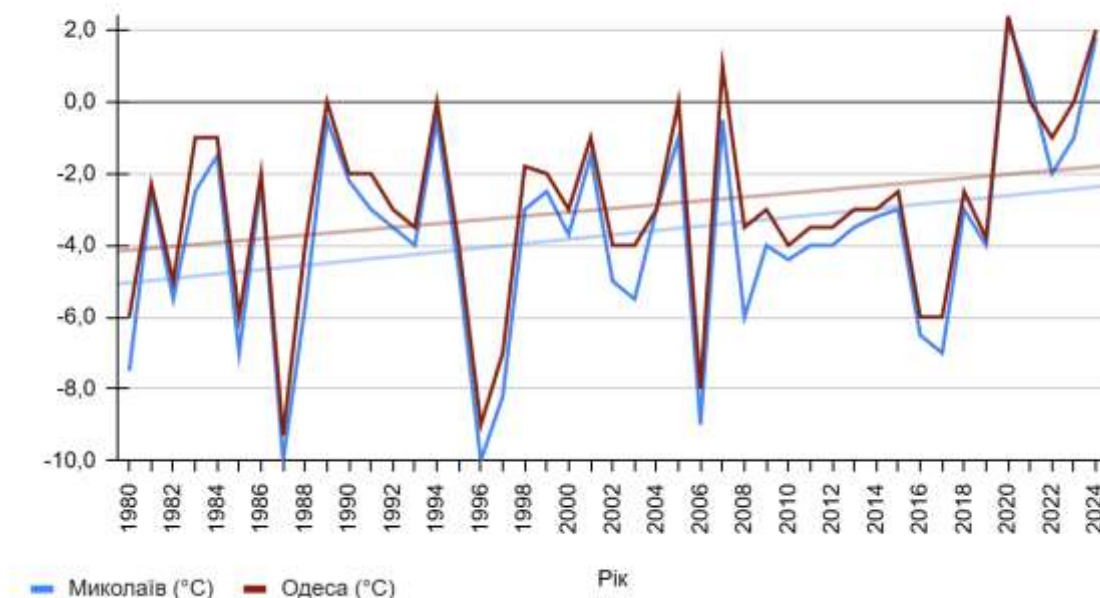


Рис. 4 Динаміка температур у січні.

Для січня характерним є більший діапазон коливання температур, близько 12°C . Закономірність більш високої температури в Одесі зберігається, але різниця значень температур не є постійною (від 0 до 2°C). Загальний тренд – це зростання середньомісячних мінімальних температур зимою, як і в інші сезони року.

9. Аналіз температурних трендів у Миколаєві та Одесі за період 1980–2024 рр. продемонстрував наявність загальної тенденції до підвищення середньорічної температури.

10. Існує слабкий, але стабільний тренд температурного підвищення: 0,016 для Миколаєва та 0,075 для Одеси. Це свідчить про те, що міжрічна мінливість температур в усі сезони залишається високою, проте загальне потепління є добре вираженим.

11. Кліматичні коливання в регіоні мають стабільні характеристики, і можуть проявлятися як у вигляді періодичних похолодань, так і аномальних потеплінь.

12. Отримані під час дослідження результати відповідають глобальним кліматичним тенденціям та підтверджують, що Північне Причорномор'я є чутливим до кліматичних трансформацій регіоном. Метеорологічні показники потребують подальшого моніторингу та адаптаційних заходів в екологічній політиці.

References

1. Bilyk, V.M., & Martynov, D.F. (2016). Klimatychni zminy v Ukraini: rehionalni proiavy ta naslidky [Climatic changes in Ukraine: regional manifestations and consequences]. *Naukovi pratsi Ukrainskoho hidrometeorologichnoho instytutu – Scientific works of the Ukrainian Hydrometeorological Institute*, 270, (pp. 45–52) [in Ukrainian].
2. Nazarenko, O.V. (2019). Tendentsii zminy temperaturnoho rezhymu na pivdni Ukrainy u konteksti hlobalnogo poteplinnia [Trends in temperature regime change in southern Ukraine in the context of global warming]. *Heohrafiia ta turizm – Geography and tourism*, 48, (pp. 27–33) [in Ukrainian].
3. Klymenko, Yu.I., & Kolesnyk, S.I. (2022). Otsinka klimatychnykh zmin u stepovii zoni Ukrainy na osnovi meteorologichnykh danykh [Assessment of climate change in the steppe zone of Ukraine based on meteorological data]. *Visnyk Odeskoho natsionalnogo universytetu. Heohrafichni nauky – Bulletin of Odesa National University. Geographical Sciences*, 27(3), (pp. 118–124) [in Ukrainian].
4. Hopchenko, Ye.S. (2020). Vplyv zmin klimatu na vodni resursy Pivnichnogo Prychormoria [Impact of climate change on water resources in the Northern Black Sea region]. *Ekologichna bezpeka ta zbalansovane resursokorystuvannia – Environmental safety and sustainable resource use*, 30(1), (pp. 59–66) [in Ukrainian].

-
5. Yakovenko, I.M. (2021). Silske hospodarstvo v umovakh klimatichnykh vyklykiv: adaptatsiini stratehii dlia pivdnia Ukrainy [Agriculture under climate challenges: adaptation strategies for southern Ukraine]. *Ahroekologichnyi zhurnal*, 2, (pp. 15–20) [in Ukrainian].
 6. Climate-Data.org. (n.d.). *Average temperature by month, Mykolaiv*. Retrieved from: <https://en.climate-data.org/europe/ukraine/mykolaiv-oblast/mykolaiv-1042/> [in English].

DOI 10.34132.msps2025.01.08.17

Patruseva Larysa

CHANGE OF TEMPERATURE REGIME IN THE NORTHERN BLACK SEA REGION AS AN INDICATOR OF REGIONAL CLIMATE TRANSFORMATION

This study analyzes the changes in monthly average air temperatures in the Northern Black Sea region during the period 1980–2024. The dynamics of temperature regimes were examined for transitional seasons (spring and autumn), as well as for average maximum summer and average minimum winter temperatures in the cities of Odesa and Mykolaiv. A clear upward trend in temperatures across all seasons was identified, indicating an intensification of regional warming processes. These findings can be utilized to assess climate-related risks and develop adaptation strategies in agriculture and natural resource management.

Keywords: climate change, monthly average temperatures, extreme temperatures, Northern Black Sea region, regional warming.

Відомості про автора / Information about the Author

Патрушева Лариса Іванівна, кандидат географічних наук, доцент кафедри екології Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: lpatruseva2@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1269-8161>

Patruseva Larysa, Ph.D. in Geography, Associate professor of the Department of Ecology, Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: lpatruseva2@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1269-8161>

© Л. Патрушева

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.18

Дмитро Рожанський
Максим Зак

КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ СПРИЧИНЕНА КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Колоректальний рак (КРР) посідає третє місце серед онкологічних захворювань у світі, з близько 1,9 мільйона нових випадків у 2020 році. Кишкова непрохідність, що виникає у 10–20% пацієнтів із КРР, є одним із найтяжчих ускладнень, часто виступаючи першим проявом хвороби. У тезі аналізується епідеміологія, патогенез, клінічні особливості та сучасні виклики діагностики й лікування цього ускладнення. Обструкція, здебільшого в лівій половині товстої кишки (80% випадків), спричинена механічним звуженням просвіту пухлиною, метастазами, спайками чи фіброзом, призводить до накопичення рідини, ішемії тканин і, у важких випадках, некрозу. Екстрені операції асоціюються з високою летальністю (20–30%), особливо серед літніх пацієнтів (медіанний вік — 70 років) із пізніми стадіями (T3/T4) та супутніми захворюваннями. В Україні, особливо в південно-східних регіонах, високий рівень захворюваності на КРР пов'язаний із канцерогенним забрудненням, а співвідношення смертність/захворюваність сягає 53,4–76%. Основні виклики включають неспецифічність симптомів (біль, нудота, закрепи), ризик ускладнень (перфорація, перитоніт) та обмежені можливості радикального лікування на пізніх стадіях. П'ятирічна виживаність при непрохідності становить 30–40% порівняно з 60–70% без неї. Теза наголошує на критичній ролі скринінгу (колоноскопія, фекальні тести), профілактики та ранньої діагностики для зниження смертності та покращення якості життя, особливо в регіонах із високим онкологічним ризиком.

Ключові слова: Кишкова непрохідність, колоректальний рак, екстрене хірургічне втручання, смертність, діагностика, лікування, скринінг, дослідження.

Колоректальний рак (КРР) є одним із найпоширеніших онкологічних захворювань у світі, посідаючи третє місце за кількістю нових випадків — близько 1,9 мільйона у 2020 році [1]. Одним із його найтяжчих ускладнень є кишкова непрохідність, яка зустрічається у 10–20% пацієнтів і часто виступає першим проявом хвороби [2]. Це ускладнення виникає через механічне звуження просвіту кишки пухлиною, зовнішнє стиснення або вторинні фактори, такі як спайки чи метастази. Кишкова непрохідність не лише значно погіршує якість життя, але й підвищує ризик смертності, особливо при необхідності екстреного хірургічного втручання.

Дослідження показують, що кишкова непрохідність є причиною приблизно 15-20% екстрених госпіталізацій серед пацієнтів із КРР. У 80% випадків обструкція локалізується в лівій половині товстої кишки через анатомічні особливості та характер росту пухлин у цій зоні. Летальність при екстрених операціях із приводу цього ускладнення залишається високою — від 20% до 30% [3], особливо серед літніх людей із супутніми захворюваннями. Фактори, що погіршують прогноз, включають затримку діагностики, наявність сепсису та неможливість повного видалення пухлини. Водночас своєчасне втручання може знизити смертність і покращити короткострокові результати.

Епідеміологічно кишкова непрохідність частіше діагностується у людей похилого віку (медіанний вік — 70 років) і асоціюється зі стадіями пухлини (T3/T4) та муцинозною гістологією [4]. В Україні, особливо в південно-східних регіонах, спостерігається високий рівень захворюваності на КРР, що може бути пов'язано із забрудненням довкілля канцерогенами. Співвідношення смертність/захворюваність в Україні коливається від 53,4% до 59,3%, досягаючи 76% у деяких областях [5].

З фізіологічної точки зору, кишкова непрохідність при КРР виникає через механічну обструкцію просвіту кишки пухлиною або її метастазами, що перешкоджає нормальному пасажу кишкового вмісту. Це призводить до накопичення рідини та газів, розтягнення стінки кишки, ішемії тканин і, у важких випадках, некрозу. Пухлинний процес також може викликати запальні зміни та фіброз, що ускладнює ситуацію.

Пацієнти з кишковими непрохідностями, пов'язаними з КРР, зазвичай скаржаться на:

- Біль у животі: Коліки або спазматичний біль, що виникає внаслідок перистальтичних зусиль проти перешкоди.
- Метеоризм: Прогресивне здуття живота, особливо в разі проксимальної непрохідності.
- Нудота та блювання: Частіше зустрічаються при повній непрохідності, зокрема при проксимальних ураженнях.
- Зміни у випорожненнях: Запор або, навпаки, парадоксальна діарея при частковій непрохідності.
- Системні симптоми: Втрата ваги, анорексія та загальна слабкість, що відображають просунуте онкологічне захворювання. У невідкладних випадках ознаки перфорації або перитоніту (наприклад, лихоманка, тахікардія, болочість при пальпації) вказують на необхідність термінового хірургічного втручання.

Точна діагностика є критично важливою для ефективного лікування. Основні діагностичні методи включають:

- Візуалізаційні методи:
 - Комп'ютерна томографія (КТ): Вважається золотим стандартом з чутливістю 90–95% для виявлення непрохідності та її причин (Frager et al., 1998). За допомогою КТ можна точно визначити локалізацію пухлини, стадію захворювання та ускладнення, зокрема перфорацію.
 - Стандартна рентгенографія: Використовується в екстрених ситуаціях для виявлення рідинно-повітряних рівнів або вільного повітря в черевній порожнині.
 - Контрастне обстеження: Іноді застосовується для підтвердження локалізації непрохідності у стабільних пацієнтів.
 - Ендоскопія: Колоноскопія або гнучка сигмовидна ендоскопія допомагають підтвердити діагноз, взяти біопсію, а іноді навіть провести ендоскопічне встановлення стенту.
- Лабораторні дослідження: Підвищення рівня карциногенного ембріонального антигену (СЕА), наявність анемії та порушення електролітного балансу можуть підтримати діагноз, проте не є специфічними. Диференційна діагностика включає доброякісні захворювання (наприклад, дивертикуліти чи відвертання кишки) та інші онкологічні процеси (наприклад, рак яєчників, що спричиняє зовнішнє стиснення).

Основні виклики в управлінні такими випадками включають: 1. Складність ранньої діагностики через неспецифічні симптоми (біль у животі, нудота, блювання, закрепи). 2. Високий ризик ускладнень, таких як перфорація кишки чи перитоніт. 3. Обмежені можливості радикального лікування, ургентні оперативні втручання на пізніх стадіях КРР.

Екстрені операції мають високу смертність (15–20%), а п'ятирічна виживаність становить 30–40% порівняно з 60–70% без непрохідності [6]. Профілактика базується на скринінгу (колоноскопія, фекальні тести) та зміні способу життя.

Висновок: Кишкова непрохідність при КРР є серйозним ускладненням, що потребує швидкої діагностики та комплексного лікування. Висока захворюваність і смертність в Україні, особливо в південно-східних регіонах, підкреслюють потребу в покращенні скринінгу на рівні первинної медичної допомоги. Подальші дослідження мають ключове значення для зниження смертності та підвищення якості життя пацієнтів.

References

1. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L. et al. (2021). *Global cancer statistics 2020*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209-249.
2. Jullumstrø, E., Wibe, A., Lydersen, S., & Edna, T. H. (2019). *Colon cancer with obstruction*. International Journal of Colorectal Disease, 34(4), 609-617.
3. Garcia M, Lopez R, Martinez S, et al. Pathophysiology and Treatment Strategies for Colorectal Cancer-Related Bowel Obstruction. *World J Gastroenterol*. 2025 Mar 21;31(10):1356-1367. doi: 10.3748/wjg.v31.i10.1356.
4. Winner, M., Mooney, S. J., Hershtman, D. L. et al. (2013). *Incidence and predictors of bowel obstruction in elderly patients*. JAMA Surgery, 148(8), 715-722.
5. Федоренко, З. П., Гулак, Л. О., Михайлович, Ю. Й., Горох, Є. Л., Рижов, А. Ю., Сумкіна, О. В., & Куценко, Л. Б. (2020). *Рак в Україні, 2018–2019*. Бюлетень Національного канцер-реєстру України, 21, 101.
6. Tekkis, P. P., Kinsman, R., Thompson, M. R., & Stamatakis, J. D. (2004). *The Association of Coloproctology study of large bowel obstruction*. Annals of Surgery, 240(1), 76-81.

BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY COLORECTAL CANCER

Colorectal cancer (CRC) ranks third among oncological diseases worldwide, with approximately 1.9 million new cases in 2020. Intestinal obstruction, occurring in 10–20% of CRC patients, is one of the most severe complications, often presenting as the initial manifestation of the disease. This thesis analyzes the epidemiology, pathogenesis, clinical features, and current challenges in the diagnosis and treatment of this complication. Obstruction, predominantly in the left colon (80% of cases), is caused by mechanical luminal narrowing due to tumors, metastases, adhesions, or fibrosis, leading to fluid accumulation, tissue ischemia, and, in severe cases, necrosis. Emergency surgeries are associated with high mortality rates (20–30%), particularly among elderly patients (median age 70 years) with advanced stages (T3/T4) and comorbidities. In Ukraine, especially in the southeastern regions, the high incidence of CRC is linked to carcinogenic environmental pollution, with a mortality-to-incidence ratio of 53.4–76%. Key challenges include nonspecific symptoms (pain, nausea, constipation), risk of complications (perforation, peritonitis), and limited options for radical treatment in advanced stages. Five-year survival rates for patients with obstruction are 30–40%, compared to 60–70% for those without. The thesis emphasizes the critical role of screening (colonoscopy, fecal tests), prevention, and early diagnosis in reducing mortality and improving quality of life, particularly in high-risk oncological regions.

Key words: Bowel obstruction, colorectal cancer, emergency surgical intervention, mortality, diagnosis, treatment, screening, research.

Відомості про автора/Information about the Author

Дмитро Рожанський, аспірант 2 року навчання, кафедри терапевтичних дисциплін, Навчально-науковий медичний інститут Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна

Dmytro Rozhanskyi, Second-year graduate PHD student, Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine

Максим Зак, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-науковий медичний інститут Чорноморського Національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна

Maxim Zak, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine

DOI 10.34132.msps2025.01.08.19

Наталія Савінова
Марія Берегова

МЕТОДИКА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ООП В УМОВАХ ІНКЛЮЗІЇ

Тези присвячені створенню та впровадженню нових методичних підходів для підготовки майбутніх спеціалістів, які надаватимуть психолого-педагогічну підтримку дітям з порушеннями психофізичного розвитку в умовах інклюзивної освіти. Особлива увага приділяється аналізу сучасних педагогічних технологій і методів, зокрема використанню інтерактивних форматів навчання, диференційованих програм та мультидисциплінарних форм співпраці фахівців, які працюють з дітьми з ООП.

Ключові слова: інклюзивна освіта; психолого-педагогічний супровід; методика навчання логопедів; інтерактивні технології; мультидисциплінарний підхід.

Сучасну систему освіти формують за принципами інклюзивності, що гарантують кожній дитині рівний доступ до якісного навчання, незалежно від її індивідуальних особливостей. Особлива увага приділяється учням із психофізичними розладами, для яких потрібно створити адаптивне середовище, що забезпечить розкриття їхнього потенціалу, сприятиме соціальній адаптації та інтеграції у суспільство. У цьому контексті надзвичайно важливо організувати психолого-педагогічний супровід як дітям, так і їхнім родинам, що дозволяє врахувати специфічні потреби кожного учня.

Головна мета такої підтримки полягає у створенні умов для розвитку когнітивних здібностей, емоційно-вольових рис і соціальних умінь, а також у наданні комплексної допомоги педагогам і батькам протягом усього процесу навчання та виховання. Сюди входять ретельна діагностика, проведення корекційно-розвивальних заходів, консультації та адаптація навчального середовища відповідно до індивідуальних потреб дитини.

Отже, психолого-педагогічний супровід дітей із психофізичними порушеннями є невід'ємною складовою інклюзивної освіти, оскільки забезпечує створення оптимальних умов для їхнього гармонійного розвитку, успішного засвоєння знань та соціальної інтеграції з урахуванням їхніх унікальних можливостей і специфічних потреб.

Підготовку майбутніх спеціалістів для надання такої підтримки слід розглядати як багатокomпонентний процес формування професійних умінь, необхідних для організації спільного навчання дітей з різними рівнями розвитку. Результатом є становлення кваліфікованих педагогів, здатних ефективно працювати в умовах інклюзивних навчальних закладів.

В Україні проблеми психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку досліджували багато вчених, які зробили внесок у розвиток цієї галузі: Гречко Л., Реброва О., Дмитрієва І., Савінова Н., Малишевська І., та інші.

Цимбал-Слатвінська С. (2019) представила модель професійної підготовки майбутніх логопедів у контексті інформаційно-освітнього середовища закладів вищої освіти [8], тоді як Колупаєва А. і Таранченко О. (2019) охарактеризували особливості навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного середовища [3].

Прохоренко Л., Бабяк О., Засенко В. та Ярмола Н. (2020) визначають специфіку супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах навчання в початкових інклюзивних школах [4]. Кіндрачук Н. (2023) досліджувала історичне становлення логопедичної роботи в умовах інклюзії, виокремивши сім етапів розвитку теоретичних та практичних основ спеціальної освіти, зокрема логопедії, та застосування її методологічних підходів в інклюзивному освітньому просторі України протягом ХХ – початку ХХІ століття [2]. Васильєва Г. (2021) розробила модель формування методичної компетентності педагогічних працівників

загальноосвітніх закладів у умовах інклюзивного середовища [1]. Савінова Н. і Карпенко К. (2024) описали шляхи підготовки майбутніх вчителів-логопедів до роботи в умовах інклюзії [6].

За визначенням, яке дається у «Положенні про команду психолого педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої та дошкільної освіти», психолого-педагогічний супровід – це комплексна система заходів з організації освітнього процесу та розвитку дитини, яка включає в себе надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг [7].

Наталія Савінова підкреслює, що ефективний супровід дітей в інклюзивних освітніх середовищах повинен бути комплексним і індивідуалізованим. За її словами, ключ до успіху полягає в тісній взаємодії між педагогами, психологами, спеціалістами з реабілітації та родинами учнів, що дозволяє створити сприятливі умови для повноцінного розвитку дитини [5].

Науковиця акцентує увагу на необхідності адаптації навчального простору і методик до особливостей кожного учня, орієнтуючись на його індивідуальні потреби. Вона стверджує, що інтеграція дітей з особливими освітніми потребами – це не лише передача академічних знань, а й формування соціальних, емоційних та комунікативних навичок, які є вирішальними для їхньої соціальної адаптації [5].

Психолого-педагогічний супровід дітей із особливими освітніми потребами – це комплексний, тривалий і динамічний процес, який реалізується психологічною службою навчального закладу за допомогою інтегрованої системи заходів. Цей процес можна умовно поділити на п'ять взаємопов'язаних компонентів:

- Безперервний моніторинг стану дитини. Постійне спостереження за медико-психологічним та психологопедагогічним статусом дитини дозволяє відстежувати динаміку її психічного розвитку та своєчасно виявляти потребу у корекційних заходах.

- Створення сприятливого соціально-психологічного середовища. Формування умов, що сприяють оптимальному розвитку психіки дитини в суспільстві, є ключовим для її адаптації та ефективної інтеграції.

- Регулярна психологічна допомога дітям. Систематичне проведення консультування, психокорекції та надання емоційної підтримки сприяють корекції порушень психофізичного розвитку та забезпечують гармонійний розвиток дитини.

- Супровід і підтримка батьків. Неперервна робота з родинами дітей, які мають проблеми в розвитку, допомагає батькам краще розуміти потреби своїх дітей та забезпечує ефективну підтримку у процесі навчання і виховання.

- Організація життєдіяльності в соціумі. Планування та впровадження заходів, що враховують індивідуальні психічні та фізичні можливості дітей, дозволяє їм активно взаємодіяти із середовищем та реалізовувати свій потенціал у повсякденному житті [9].

Такий системний підхід дозволяє забезпечити індивідуалізовану підтримку кожної дитини, сприяє її соціальній адаптації та сприяє всебічному розвитку в умовах інклюзивної освіти.

Психолого-педагогічний супровід учнів з особливими освітніми потребами є багатограним, тривалим і змінним процесом, який реалізується службою психологічної підтримки освітнього закладу через комплекс заходів, що працюють у взаємодії. Цей процес можна умовно розбити на п'ять основних інтегрованих складових:

- Неперервний контроль за станом дитини. Постійне спостереження за медико-психологічним і педагогічно-психологічним фоном дозволяє безперервно відслідковувати зміни в психічному розвитку дитини та своєчасно визначати потребу в корекційних заходах.

- Формування підтримуючого соціально-психологічного клімату. Створення оптимальних умов, що стимулюють розвиток психіки дитини в суспільстві, є вирішальним для її адаптації та ефективної інтеграції в соціум.

- Постійна психологічна допомога. Регулярне проведення консультацій, психокорекційних занять та надання емоційної підтримки сприяє виправленню порушень психофізичного розвитку і забезпечує гармонійний розвиток дитини.

- Супровід і підтримка сімей. Безперервна робота з родинами дітей, які мають труднощі в розвитку, дозволяє батькам краще усвідомити потреби своїх дітей і гарантувати належну підтримку протягом всього навчально-виховного процесу.

- Організація інтеграції в суспільстві. Планування та реалізація заходів, що враховують індивідуальні психологічні та фізичні можливості учнів, стимулює їх активну участь у житті спільноти та дозволяє повністю реалізувати власний потенціал [9].

Такий системний підхід забезпечує персоналізовану підтримку кожного учня, сприяє його соціальній адаптації і всебічному розвитку під час навчання в умовах інклюзивної освіти.

Ми визначаємо такі завдання психолого-педагогічного супроводу:

Діагностика: виявлення особливостей розвитку дитини, визначення рівня її знань, умінь та навичок, аналіз потреб дитини в додатковій підтримці.

Планування роботи: розробка індивідуальної програми розвитку (ІПР), адаптація навчальних матеріалів до потреб дитини, організація індивідуальних і групових занять.

Корекційна робота: проведення занять з психологічної підтримки, робота над розвитком емоційної, когнітивної та соціальної сфер, корекція поведінки, розвитку мовлення, уваги та пам'яті.

Робота з педагогами: консультації з адаптації методів навчання, надання рекомендацій для роботи з конкретною дитиною, підвищення кваліфікації в галузі інклюзивної освіти.

Підтримка сім'ї: консультації для батьків щодо особливостей розвитку дитини, надання психологічної підтримки родині, навчання батьків методам роботи з дитиною вдома.

Міждисциплінарна взаємодія: співпраця з лікарями, логопедами, дефектологами, участь у роботі команд психолого-педагогічного супроводу.

Ми розробили консалтингову програму підготовки майбутніх фахівців для роботи в умовах інклюзивного освітнього середовища, що отримала назву «Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в умовах освітнього інклюзивного простору». Організація змісту програми за кредитною системою дозволила структурувати навчальну інформацію на основі результатів експериментальних досліджень проблем, з якими стикаються студенти, а також з урахуванням як негативних, так і позитивних тенденцій розвитку інклюзивної практики. Виділені кредити охоплюють чотири основні групи критеріїв, які визначають готовність майбутніх фахівців до роботи в умовах інклюзивного навчання, при цьому кожен кредит тісно інтегрований з іншими складовими програми.

Основна мета цієї програми полягає у підвищенні професійної компетентності майбутніх фахівців у сфері психолого-педагогічного супроводу в умовах інклюзивної освіти.

Наша програма підготовки майбутніх спеціалістів для роботи в інклюзивному освітньому середовищі інтегрує психолого-педагогічний супровід як один із ключових компонентів і структурована у п'ять кредитних модулів:

Інклюзивна освіта як соціально-педагогічне явище. Цей модуль охоплює теоретичні основи інклюзивної педагогіки, розглядає соціально-педагогічний контекст і аналізує ціннісні установки, що лягли в основу сучасних підходів до навчання та виховання.

Сучасні технології, методи та форми організації інклюзивного навчання. Модуль присвячено вивченню сучасних педагогічних технологій і стратегій, які оптимізують організацію навчального процесу в умовах інклюзивного простору. Розглядаються також засоби адаптації навчального середовища до індивідуальних потреб учнів.

Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. Цей блок спрямований на формування компетенцій для надання кваліфікованої підтримки учням із порушеннями психофізичного розвитку. Акцент робиться на індивідуальному підході як до самої дитини, так і до її родини.

Методики формування толерантності в умовах інклюзивних шкіл. Модуль зосереджений на розробці та впровадженні підходів, що сприяють розвитку толерантності, формуванню позитивних міжособистісних зв'язків і створенню сприятливого соціокультурного клімату у навчальних закладах.

Аналіз і самооаналіз роботи супровідної команди в інклюзивному середовищі. Цей модуль акцентує увагу на оцінці практичної діяльності майбутніх спеціалістів через аналіз їхнього професійного досвіду, самооцінку та розробку пропозицій для удосконалення процесів супроводу.

Розподіл тем і кредитних модулів визначено з урахуванням двох основних чинників: по-перше, програма орієнтована на розвиток професійної компетентності майбутніх корекційних педагогів, які повинні вміти вирішувати широкий спектр завдань з організації інклюзивного навчання та забезпечення психолого-педагогічного супроводу; по-друге, враховано різноманітність проблемних питань і труднощів, з якими стикаються педагогічні працівники під час впровадження інклюзивних практик, що було визначено на етапі виявлення існуючих проблем.

Кожен модуль має свою специфіку, проте разом вони сприяють формуванню комплексної готовності спеціалістів, що включає мотиваційно-емоційний, дидактично-технологічний, етико-комунікативний і практичний рівні підготовки. До кожного з модулів входять завдання, що спрямовані на:

- розробку алгоритмів вирішення конкретних проблем;
- усунення прогалин у теоретичних знаннях;
- систематизацію та аналіз отриманої інформації;
- проведення порівняльного аналізу;
- представлення проектних рішень або моделей, які демонструють практичний результат.

Таким чином, інтеграція психолого-педагогічного супроводу в структуру програми забезпечує формування ключових компетенцій майбутніх корекційних педагогів, сприяє їхній професійній підготовці та створенню оптимальних умов для роботи в інклюзивному освітньому середовищі.

Висновки. Програма «Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в умовах освітнього інклюзивного простору» демонструє, що включення психолого-педагогічного супроводу у підготовку майбутніх спеціалістів сприяє формуванню високоефективних професійних компетенцій. Використання мультикредитної моделі дозволило систематизувати навчальний матеріал на основі експериментальних досліджень, які враховували як позитивні, так і негативні тенденції розвитку інклюзивної практики, забезпечуючи чіткий розподіл завдань за ключовими напрямками інклюзивної освіти.

Курс, структурований за п'ятьма кредитними модулями, охоплює весь спектр педагогічної діяльності – від засад соціально-педагогічної роботи та організаційних технологій інклюзивного навчання до аналізу діяльності корекційних педагогів. Такий комплексний підхід гарантує синтез теоретичних знань із практичними навичками, що є необхідним для вирішення широкого кола завдань у сфері супроводу дітей з особливими освітніми потребами.

Програма орієнтована на розвиток мотиваційно-емоційної, дидактично-технологічної, етико-мовленнєвої та рефлексивно-практичної готовності майбутніх спеціалістів. Це дозволяє їм ефективно аналізувати проблемні ситуації, розробляти алгоритми вирішення завдань, створювати індивідуально адаптовані освітні програми та налагоджувати плідну співпрацю з колегами і сім'ями дітей.

References

1. Vasylieva H. (2021) Orhanizatsiino-pedahohichni umovy formuvannia metodychnoi kompetentnosti pratsivnykiv osvity inkliuzyvnoi formy navchannia. Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii. № 2 (106). S. 194-211.
2. Kindrachuk N. (2023) Lohopedychna robota v umovakh inkliuzii: istorychna retrospektyva teoretychnoho ta praktychnoho dosvidu spetsialnoi osvity v Ukraini protiahom KhKh – pochatku KhKhI st. III Vseukrainska mizhdystsyplinarna naukovo-praktychna konferentsiia z mizhnarodnoiu uchastiu «Inklyuzyvna osvita: ideia, stratehiia, rezultat» (23–24 kvitnia 2023 r.). http://dspace.tnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/29733/1/30_Kindrachyk.pdf
3. Kolupaieva A. A., Taranchenko O. M. (2019) Navchannia ditei z osoblyvymy osvitnimy potrebamy v inkliuzyvnomu sere dovyschi: navchalnometodychnyi posibnyk. Kharkiv: Vyd-vo «Ranok». 304 s
4. Prokhorenko L.I., Babiak O.O., Zasenkov V.V., Yarmola N.A. (2020) Uchni pochatkovykh klasiv iz osoblyvymy osvitnimy potrebamy: navchannia ta suprovit: navchalno-metodychnyi posibnyk Kharkiv: Vyd-vo «Ranok». 160 s.
5. Savinova N.V., Berehova M.I. (2022) Kompetentnisno zorientovana profesiina pidhotovka maibutnikh fakhivtsiv spetsialnoi ta inkliuzyvnoi osvity. Mykolaiv: Vydavets Rumiantseva H.V. 240 s.
6. Savinova N.V., Karpenko K.M. (2024) Profesiina pedahohichna identychnist yak problema profesiinoho samovyznachennia ta stanovlennia maibutnoho vchytielia-lohopeda. Innovatsiina pedahohika. Vypusk 70. Tom 1. S. 58-62
7. Polozhennia pro komandu psykhologo-pedahohichnoho suprovodu dytyny z osoblyvymy osvitnimy potrebamy. Nakaz09.12.2024 № 1713 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1982-24#Text>
8. Tsymbal-Slatvinska S. (2019) Model profesiinnoi pidhotovky maibutnikh lohopediv u informatsiino-osvitnomu sere dovyschi zakladiv vyshchoi osvity. Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii. № 1 (85). S. 105–117.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.19

Nataliia Savinova
Mariia Berehova

METHODOLOGY OF TRAINING STUDENTS FOR PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL SUPPORT OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN INCLUSIVE SETTINGS

The abstracts are dedicated to the creation and implementation of innovative methodological approaches for preparing future specialists who will provide psychological-pedagogical support to children with disorders of psychophysical development in inclusive education environments. Special emphasis is placed on analyzing modern

pedagogical technologies and methods, particularly the use of interactive teaching formats, differentiated curricula, and multidisciplinary collaboration among professionals working with children with special educational needs.

Keywords: *Inclusive education; psychological-pedagogical support; methodology of training speech therapists; interactive technologies; multidisciplinary approach.*

Відомості про авторів / Information about the Author

Наталія Савінова, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії Навчально наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: sonata16@i.ua, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2617-8221>

Nataliia Savinova, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Head of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: sonata16@i.ua, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2617-8221>

Марія Берегова, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії Навчально наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: beregova3103@gmail.com, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-4784-4465>

Mariia Berehova, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: beregova3103@gmail.com, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-4784-4465>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.20

Дар'я Санькова
Олександр Невинський

ВИВЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ АНТРАЛЬ

Завдання сучасної аналітичної хімії - надійний і точний аналіз органічних та неорганічних речовин, що є надзвичайно актуальним для фармації. Одним із основних показників якості лікарських засобів є стабільність - це показник, який забезпечує збереження їхніх терапевтичних властивостей упродовж декількох років у процесі зберігання.

Ключові слова : аналітична хімія, хроматографія, антраль, таблетки, діюча речовина дослідження, аналіз, стабільність, фізико - хімічні властивості.

Одне з важливих завдань сучасної аналітичної хімії – надійний і точний аналіз органічних та неорганічних речовин, часто близьких за будовою та властивостями. Це є надзвичайно актуальним для фармації.

У процесі розроблення та впровадження у виробництво лікарського засобу дуже важливим завданням є дослідження його стабільності. Стабільність – це показник якості лікарських препаратів, який забезпечує збереження їхніх терапевтичних властивостей упродовж декількох років у процесі зберігання. Стабільність має бути об'єктом пильної уваги виробника лікарського засобу, оскільки цей показник не перевіряють органи державного контролю якості, а він є повною відповідальністю виробника [1].



На запрошення АТ «Фармак» студенти медичного інституту, які навчаються за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація», відвідали потужності компанії у м. Київ, де змогли ретельно дослідити, як лабораторії контролю якості АТ «Фармак», атестовані на проведення 135 методів випробувань Державної фармакопеї України, контролюють якість на кожному етапі виробництва: від вихідної сировини до готової продукції. На нашу думку, Фармак – це безкомпромісний контроль якості.

Серед загального масиву інформації нас особливо цікавили випробування стабільності – отримання даних про зміну якості діючої речовини лікарського препарату з плином часу під впливом різних факторів навколишнього середовища, таких як температура, вологість і світло, а також встановлення рекомендованих умов зберігання і періоду до проведення повторних випробувань для діючої речовини або терміну зберігання для лікарського препарату [2].

У процесі зберігання може відбуватися розкладання діючих речовин, яке супроводжується зниженням їх кількості та процесом утворення продуктів розпаду (домішок). Це може знижувати фармакологічну активність препарату, а домішки можуть бути шкідливими для організму людини, тому нормативна документація обмежує кількість домішок у лікарських засобах [3,4].

Метою розгляду було визначення терміну придатності у процесі зберігання, ґрунтуючись на результатах вивчення стабільності трьох дослідно-промислових серій упродовж 6 міс в умовах прискорених випробувань за температури $40 \pm 2^\circ\text{C}$ та відносної вологості $75 \pm 5\%$ і екстраполяції за межі періоду результатів досліджень в умовах довгострокових випробувань за температури $25 \pm 2^\circ\text{C}$ та відносної вологості $60 \pm 5\%$, підтвердити прогноз результатів стабільності для промислових серій.

Об'єктом досліджень було обрано готовий лікарський засіб Антраль, таблетки, вкриті оболонкою, дозуванням 0,2 г. Антраль належить до групи гепатопротекторних препаратів. Ефективний у лікуванні гострих і хронічних гепатитів різного генезу, цирозів печінки, сприяє зменшенню астеновегетативних порушень, покращує апетит, сон, зменшує диспепсичні явища тощо.

У процесі досліджень використано такі методи: УФ-спектрофотометрія, тонкошарова хроматографія (ТШХ), високоефективна ТШХ (ВЕТШХ), статистичний аналіз результатів дослідження, екстраполяція за межі періоду довгострокових випробувань.

Враховуючи фізико-хімічні властивості молекули, кількісне визначення вмісту діючої речовини у препараті Антраль, таблетки, вкриті оболонкою, проводили методом УФ-спектрофотометрії (ДФУ видання 2 (1), п. 2.2.25, С. 76–81).

Оптичну густину досліджуваного розчину і розчину порівняння вимірювали на спектрофотометрі Specord 200 Plus, фірми Analytik Jena AG, Німеччина, за довжини хвилі 334 нм у кюветі з шаром завтовшки 10 мм, як компенсаційний розчин додавали розчинник (натрію гідроксид, натрію лаурилсульфат, воду Р). Вміст антралю в одній таблетці має бути в межах 0,190...0,210 г згідно зі специфікацією.

Згідно з регуляторними вимогами виробник у разі первинної реєстрації препарату має можливість надавати дані зі стабільності для дослідно-промислових серій із терміном спостереження не менше 6 міс для звичайних умов (температура $25 \pm 2^\circ\text{C}$, відносна вологість $60 \pm 5\%$) і умов прискореного випробування (температура $40 \pm 2^\circ\text{C}$, відносна вологість $75 \pm 5\%$), прогножуючи відповідність якості продукту 2 роки. Цей підхід дає змогу провести реєстрацію з урахуванням даного прогнозу в більш стислі строки, водночас враховує всі ризики для пацієнта [3]. Дослідження стабільності в режимі реального часу протягом 24 міс для дослідних серій має бути продовжено після реєстрації і проведено вивчення стабільності протягом 36 місяців для промислових серій.

Для визначення терміну придатності препарату Антраль, таблетки, вкриті оболонкою, виконано аналіз результатів в умовах довгострокових випробувань та прискореного дослідження для трьох дослідно-промислових серій, результати дослідження яких наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Дослідження стабільності препарату Антраль, таблетки, вкриті оболонкою (дозування 0,2 г)

Номер серії	Період вивчення, міс	Показники якості						
		Опис	Ідентифікація	Однорідність дозування	Супровідні домішки		Розчинення	Кількісне визначення антралю
					Додаткова пляма	Будь-яка пляма		
		Таблетки круглої форми з двоопуклою поверхнею, вкриті плівковою оболонкою темно-коричневого кольору	УФ-спектрофотометрія, ТШХ	Мас витримувати вимоги ДФУ 2.9.40	Не більше 0,8%	Не більше 0,2%	Не менше 70% за 60 хв	від 0,190 г до 0,210 г в одній таблетці
Температура $25 \pm 2^\circ\text{C}$, відносна вологість $60 \pm 5\%$								
01Antr	0 точка	+	+	+	Відповідає	Відповідає	$\pm 101,1$	$\pm 0,196$
	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	$\pm 100,6$	$\pm 0,196$
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	$\pm 99,4$	$\pm 0,196$
02Antr	0 точка	+	+	+	Відповідає	Відповідає	$\pm 101,0$	$\pm 0,195$

Номер серії	Період вивчення, міс	Показники якості						
		Опис	Ідентифікація	Однорідність дозування	Супровідні домішки		Розчинення	Кількісне визначення антралю
					Додаткова пляма	Будь-яка пляма		
		Таблетки круглої форми з двоопуклою поверхнею, вкриті плівковою оболонкою темно-коричневого кольору	УФ-спектрофотометрія, ТШХ	Мас витримувати вимоги ДФУ 2.9.40	Не більше 0,8%	Не більше 0,2%	Не менше 70% за 60 хв	від 0,190 г до 0,210 г в одній таблетці
	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±100,7	±0,195
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±100,6	±0,195
03Antr	0 точка	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,9	±0,194
	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,3	±0,194
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,0	±0,194
Температура 40 ± 2 °С, відносна вологість 75 ± 5%								
01Antr	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,1	±0,195
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±98,9	±0,194
02Antr	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,2	±0,195
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,6	±0,194
03Antr	3 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±99,9	±0,193
	6 міс	+	+	+	Відповідає	Відповідає	±98,6	±0,193

Результати дослідження стабільності в умовах прискореного зберігання підтверджують належну якість препарату у процесі експерименту, значних змін показників якості не спостерігали.

Для встановлення причин утворення потенційних домішок було проведено стресові дослідження діючої речовини і препарату Антраль під впливом різних факторів: високої температури, кислот, лугів, сильних окисників, а також іонів металів (зокрема заліза), які можуть потрапляти в лікарську речовину або готову лікарську форму з поверхні обладнання. Результати досліджень наведено в табл. 2.

Таблиця 2.

Дослідження впливу різних факторів на діючу речовину антраль

Фактор впливу (термін зберігання)	Вміст неідентифікованої домішки з R _f більшим, ніж R _f основної плями, %	Вміст неідентифікованої домішки з R _f меншим, ніж R _f основної плями, %
«0» точка	0,05	Відсутня
0,1 М НСІ* (1 доба)	0,15	Відсутня
1 М НСІ* (1 доба)	0,18	0,01
0,1 М NaOH* (1 доба)	0,16	0,01
1 М NaOH* (1 доба)	0,18	0,02
0,03 % H ₂ O ₂ * (1 доба)	0,35	0,03
Температура 70 °С (5 діб)	0,11	Відсутня
Фотостабільність (5 діб)	0,09	Відсутня

Прим. * – Для можливості проведення пробопідготовки після дії відповідного фактору проби додатково висушувалися за температури 100°C протягом 180 хв.

Дані дослідження підтвердили високу стабільність продукту навіть під впливом жорстких факторів – лише сильний окисник призводить до утворення незначних кількостей домішок. Враховуючи результати вивчення стабільності, стресової стабільності та результати прискореного зберігання доведено, що утворення домішок в препараті Антраль, таблетки, вкриті оболонкою, не відбувається. Вміст домішок зберігається на рівні вмісту домішок нульової точки дослідження, а їх єдиним джерелом може бути лише вихідна сировина, використана для отримання порошку антралю.

References

1. Hureieva S. M., Kondratova Yu. A. Vyvchennia stabilnosti likarskoho zasobu antral, tabletky vkryti obolonkoiu. Farmatsevtichnyi zhurnal, 2016, № 2, – S. 70–75.
2. Tykhonov O. I., Kovalova O. O. Doslidzhennia stabilnosti preparatu «Antysept-api» u protsesi zberihannia // Akt. pytannia farmats. med. nauky ta praktyky. – 2012. – Vyp. № 3 (10). – S. 88–90.
3. Heorhiievskiy V., Liapunov M., Bezuhla O. ta in. Nastanova z yakosti. Likarski zasoby. Vyprovuvannia stabilnosti. Nastanova 42-3.3.2004 – K.: Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. – 2004.– 60 s.
4. Derzhavna farmakopeia Ukrainy / DP «Ukrainskyi naukovyi farmakopeinyi tsentr yakosti likarskykh zasobiv». – 2-e vyd. – Kharkiv: DP «Ukrainskyi naukovyi farmakopeinyi tsentr yakosti likarskykh zasobiv», 2015. – T. 1. – 1128 s.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.20

*Daria Sankova
Oleksandr Nevynskiy*

STUDYING THE STABILITY OF THE DRUG ANTRAL

The task of modern analytical chemistry is to reliably and accurately analyze organic and inorganic substances, which is extremely important for pharmacy. One of the main indicators of the quality of medicines is stability, which ensures the preservation of their therapeutic properties for several years during storage.

Key words: analytical chemistry, chromatography, antral, tablets, active ingredient research, analysis, stability, physicochemical properties.

Відомості про автора / Information about the Author

Санькова Дар'я, студентка 226 групи спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація», ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: sankovadasha2006@gmail.com

Sankova Daria, student of 226 group, specialty 226 «Pharmacy, Industrial Pharmacy», Petro Mohyla National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: sankovadasha2006@gmail.com

Невинський О. Г., кандидат технічних наук, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії, ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: nevinsky54@ukr.net, ORCID: 0000-0002-7168-0299,

Nevynskiy O.G., PhD in Technical Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacy, Pharmacology, Medical, Bioorganic and Biological Chemistry, Petro Mohyla National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: nevinsky54@ukr.net

© Д. Санькова, О. Невинський

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.21

Свердлова Мзія,
Марченко Владислав

КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ

Тези присвячені всебічному аналізу патогенезу та алгоритмів диференційної діагностики жовтяничних синдромів, що є критично важливими для своєчасного виявлення й адекватного лікування порушень функції гепато-біліарної системи. У роботі систематизовано фізіологічні етапи обміну білірубину (допечінкова, печінкова та післяпечінкова фази) та розглянуто основні механізми розвитку гемолітичної, паренхіматозної й механічної жовтяниці.

Окрему увагу приділено клінічним проявам, біохімічним маркерам і результатам інструментальних досліджень, що дозволяють чітко відрізнити кожний тип жовтяниці.

Крім того, обговорено перспективи використання нових молекулярних тестів і візуалізаційних технологій для підвищення точності діагностики, а також шляхи інтеграції персоналізованих терапевтичних підходів у клінічну практику. Підкреслено, що впровадження мультидисциплінарного підходу до діагностики значно підвищує ефективність терапії та зменшує ризик ускладнень.

Ключові слова: жовтяничний синдром, білірубін, холестаза, диференційна діагностика гіпербілірубінемій, біохімічні маркери, інструментальні методи, гемолітична жовтяниця, паренхіматозна жовтяниця, механічна жовтяниця.

Жовтяниця (лат. *icterus*) – це синдром, клінічним проявом якого є жовте забарвлення шкіри, склер та видимих слизових оболонок, що зумовлене надмірним накопиченням білірубину в крові, тканинах та біологічних рідинах організму. Згідно з клінічними стандартами, жовтяниця діагностується при концентрації загального білірубину в сироватці крові понад 20,5 мкмоль/л (норма – 8,55-20,52 мкмоль/л) у поєднанні з відповідними зовнішніми ознаками.

Власне білірубін, жовчний пігмент жовто-помаранчевого кольору, є продуктом катаболізму гемму – складової частини гемоглобіну, який вивільняється під час фізіологічного руйнування червоних кров'яних тілець (еритроцитів). Справедливо зазначити, що гемоглобін не є єдиним, хоча й основним, прекурсором білірубину. Усі гемвмісні білки (зокрема, міоглобін, цитохроми, каталаза, пероксидаза тощо) також підлягають катаболізму із утворенням білірубину.

Патофізіологічна основа жовтяниць полягає в порушенні метаболізму білірубину. Для розуміння механізмів цього порушення необхідно розглянути **основні етапи фізіологічного обміну білірубину**:

1. Допечінкова фаза – гемокатаболізм. У ретикулоендотеліальній системі (селезінка, печінка, кістковий мозок) відбувається розпад еритроцитів. Гемоглобін розщеплюється на глобін (білкову частину) та гем (залізовмісну частину). Глобін розпадається на вільні амінокислоти, що йдуть у анаболічні шляхи. Гем під дією ферменту гемоксигенази розпадається на білівердин та вільне залізо. Іони Феруму йдуть у депо або на ресинтез нового гемоглобіну. Білівердин, у свою чергу, редукується до непрямого (незв'язаного, вільного) білірубину під дією білівердинредуктази. Цей білірубін є жиророзчинним, токсичним і транспортується в плазмі крові в комплексі з альбумінами до печінки.

2. Печінкова фаза – кон'югація. Надійшовши до гепатоцитів, НБ захоплюється і вступає у реакцію кон'югації з двома молекулами глюкуронової кислоти за участі ферменту УДФ-глюкуронілтрансферази, утворюючи прямий (кон'югований, зв'язаний) білірубін, який є водорозчинним і менш токсичним.

3. Післяпечінкова фаза – екскреція. Прямий білірубін із жовчю надходить до кишечника, де під дією мікрофлори перетворюється на стеркобіліноген (90%), який далі окиснюється до стеркобіліну, що і надає калу характерного забарвлення. Решта стеркобіліногену (10%) всмоктується в кров: близько 5% повертається до печінки і розпадається на ди- та трипіролі; а ще 5% – транспортується до нирок і виводиться з сечею у вигляді уробіліну, зумовлюючи її жовте забарвлення.

Порушення на будь-якому з цих етапів зумовлює розвиток відповідного типу жовтяниці. Жовтяниця є відносно рідкісним клінічним симптомом у дорослих, і її поява зазвичай свідчить про наявність серйозної патології. У зв'язку з цим своєчасна діагностика та точна диференціація типу жовтяниці є надзвичайно важливими завданнями лікаря.

Порушення обміну білірубіну:

1. Гіпербілірубінемія за рахунок непрямого білірубіну:

- гемоліз еритроцитів;
- зниження здатності гепатоцитів захоплювати білірубін з плазми крові та/або зв'язувати його з глюкуроною кислотою (внаслідок порушення роботи Х- та У-клітин печінки);

• спадкові ензимопатії (синдром Жильбера, Криглера-Найяра).

2. Гіпербілірубінемія за рахунок прямого білірубіну:

- порушення відтоку жовчі по внутрішньопечінковим шляхам;
- порушення відтоку жовчі по позапечінковим шляхам.

Клініко-патогенетична класифікація жовтяниць:

1. **Надпечінкова (гемолітична)** – пов'язана з надмірним утворенням непрямого (вільного) білірубіну внаслідок масивного розпаду червоних кров'яних тілець.

2. **Печінкова (паренхіматозна)** – зумовлена порушенням захоплення, кон'югації або екскреції білірубіну гепатоцитами.

3. **Підпечінкова (механічна, обструктивна або хірургічна)** – виникає внаслідок порушення відтоку жовчі.

Надпечінкова (гемолітична) жовтяниця

Основним патогенетичним механізмом є підвищення продукції білірубіну з гему внаслідок інтенсивного гемолізу:

1. **Внутрішньосудинний гемоліз** характеризується руйнуванням еритроцитів безпосередньо в судинному руслі, внаслідок:

- проходження через депозити фібрину в мікроциркуляторному руслі (тромботична тромбоцитопенічна пурпура, гемолітико-уремічний синдром, ДВЗ-синдром);
- імунологічних реакцій при несумісності крові за системами АВ0 або Rh (гемолітична хвороба новонароджених, гостра посттрансфузійна реакція).

2. **Позасудинний гемоліз** – домінує у випадках, коли руйнування еритроцитів відбувається переважно в селезінці та печінці через фагоцитоз клітинами мононуклеарної фагоцитарної системи:

- спадкові аномалії мембран еритроцитів (серповидна анемія);
- ферментопатії (дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази);
- гемоглобінопатії (таласемії).

Надпечінкову жовтяницю зазвичай легко відрізнити від інших типів жовтяниць завдяки класичній тріаді патогномонічних ознак:

- 1) підвищення рівня фракції непрямого (вільного білірубіну);
- 2) анемія;
- 3) сплено- та гепатомегалія.

Загалом є низка інших додаткових (неспецифічних) критеріїв, зокрема гіперхолія калу та інтенсивне забарвлення сечі, але вони уможливають постановку винятково попереднього діагнозу.

Також важливим критерієм є відсутність холестазу.

Печінкова (паренхіматозна) жовтяниця

Виникає внаслідок порушення захоплення, кон'югації або екскреції білірубіну гепатоцитами.

Основними етіологічними факторами є:

- гепатити;
- цироз;
- доброякісні гіпербілірубінемії (спадкові гепатози):
 - синдром Жильбера;
 - синдром Криглера-Найяра;
 - синдром Дабіна-Джонсона.

При даному виді жовтяниць *внутрішньопечінковий холестаз* спостерігається у 100% клінічних випадків.

Клінічні ознаки:

- власне жовтяниця;

- ахолічний кал;
- темна сеча;
- шкірний свербіж;
- брадикардія.

Можливі додаткові симптоми, зумовлені основною патологією: біль у правому підребер'ї, диспепсія, схуднення.

Підпечінкова (механічна, обструктивна) жовтяниця

Це стан, при якому порушується відтік жовчі в дванадцятипалу кишку (ДПК) внаслідок обструкції жовчовивідних шляхів.

Характеризується *позапечінковим холестазом* – у понад 90% випадків.

Причини:

- холедохолітіаз (камені в загальній жовчній протоці);
- рак головки підшлункової залози;
- рак позапечінкових жовчних протоків;
- рак фатерова сосочка;
- паразитози;

Лише 10% припадає на вкрай рідкісні випадки *внутрішньопечінкового холестазу*: муковісцидоз, первинний склерозуючий холангіт, конкременти та пухлини внутрішньопечінкових протоків.

Клінічні ознаки абсолютно ідентичні з паренхіматозною жовтяницею.

Лікування: над- та печінкова жовтяниці вимагають консервативною терапії і в дуже рідкісних випадках – спленоектомію; а механічна, яку в літературі ще називають **хірургічною** – винятково оперативним шляхом.

Розглянемо етапи диференційної діагностики жовтяниць:

1. Доведення механічного характеру жовтяниці, тобто виключення над- та печінкового типу.
2. Встановлення причини обструкції жовчних шляхів.

Виключити надпечінковий варіант – не складе проблем, адже, як зазначалося вище, цей вид жовтяниць характеризується винятковою тріадою симптомів. Клінічно і за даними лабораторного дослідження можна виявити: 1) гіпербілірубінемію за рахунок непрямого білірубіну; 2) анемію, а за даними УЗД та КТ: 3) сплено- та гепатомегалію.

Виключення паренхіматозного варіанту полягає у визначенні біохімічних синдромів:

1. Синдром холестазу: підвищення рівня ЛФ, ГГТП, холестерину, фосфоліпідів, жовчних кислот та гіпербілірубінемія (*механічна жовтяниця*).

2. Синдром цитолізу: підвищення рівня АЛТ, АСТ, ЛДГ₄₋₅, альдолази, глутаматдегідрогенази, В₁₂, Fe та гіпербілірубінемія (*гепатит*).

3. Мезенхімально-запальний синдром: підвищення рівня γ -глобулінів, загального білка, осадкові проби (тимолова і сулемова) та імуноглобуліни (*гепатит*).

4. Синдром печінково-клітинної недостатності: зниження активності ХЕ, протромбіну, факторів згортання крові (II, V, VII), гіпо- та диспротеїнемія, гіпербілірубінемія (*цироз*).

Отже, біохімічними методами не можливо диференціювати механічну жовтяницю – лише встановити попередній діагноз, тому з метою верифікації обструкцій жовчних шляхів використовують такі методи візуалізації: УЗД, КТ, МРТ, ЕндоУЗД, холедохоскопія, скінтіграфія, лапароскопія тощо.

Однак «золотим стандартом» є **ЕРХПГ** (ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія) з боковою оптикою.

Ознаки механічної жовтяниці:

- прямі: конкременти, пухлини, стриктури, паразитози тощо.
- опосередковані: жовчна гіпертензія, синдром Курвуаз'є.

Таким чином, у цій роботі ми здійснили цілісне узагальнення сучасних уявлень про патофізіологію, клінічні особливості та діагностичні підходи до жовтяниць різного генезу. Попри достатній рівень вивченості даного синдрому, комплексна оцінка його диференційної діагностики залишається актуальним завданням, що потребує подальшого удосконалення з урахуванням новітніх досягнень лабораторної та інструментальної медицини.

CRITERIA FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF JAUNDICES

The theses are dedicated to a comprehensive analysis of the pathogenesis and algorithms for the differential diagnosis of jaundice syndromes, which is critically important for the timely detection and adequate treatment of hepatobiliary system dysfunctions. The work systematizes the physiological stages of bilirubin metabolism (prehepatic, hepatic, and posthepatic phases) and examines the main mechanisms of development of hemolytic, parenchymal, and obstructive (mechanical) jaundice.

Special attention is given to clinical manifestations, biochemical markers, and instrumental examination results that allow for clear differentiation of each type of jaundice.

Furthermore, prospects for the use of novel molecular tests and imaging technologies to improve diagnostic accuracy are discussed, as well as ways to integrate personalized therapeutic approaches into clinical practice. It is emphasized that the implementation of a multidisciplinary diagnostic approach significantly enhances treatment effectiveness and reduces the risk of complications.

Keywords: jaundice syndrome, bilirubin, cholestasis, differential diagnosis of hyperbilirubinemia, biochemical markers, instrumental methods, hemolytic jaundice, parenchymal jaundice, obstructive jaundice.

Відомості про авторів / Information about the Authors

Мзія Свєрдлова, кандидат медичних наук, старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: sverdlovamzia@gmail.com.

Mzia Sverdlova, PhD in Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: sverdlovamzia@gmail.com.

Марченко Владислав, студент 3-ого курсу Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморський національний університет ім. Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: marchelitho.vmd@gmail.com.

Vladyslav Marchenko, 3rd-year student at the Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: marchelitho.vmd@gmail.com.

DOI 10.34132.msps2025.01.08.22

Світлана Сургова
Софія Лебедева

ЕЙДЖИЗМ ЯК ФОРМА ДИСКРИМІНАЦІЇ ЗА ВІКОМ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС ТА СУЧАСНІ РЕАЛІЇ

Тези представляють теоретико-методологічний аналіз ейджизму як поширеної форми дискримінації, що ґрунтується на вікових стереотипах та упередженнях. Розглядається історія еволюції ейджистських уявлень та їх вплив на формування суспільної думки щодо різних вікових груп населення. Аналіз історичної літератури дозволяє простежити виникнення та поширення вікових стереотипів, що лягли в основу сучасних проявів ейджизму, зміни в суспільстві протягом історії зумовлювали переосмислення уявлень про різні вікові категорії. Ейджизм характеризується як форма соціальної нерівності, що призводить до обмеження можливостей, соціальної ізоляції та погіршення якості життя осіб певного віку, незалежно від їх індивідуальних якостей, досвіду та потенціалу.

Наголошується, що ейджизм проявляється як у негативних стереотипах щодо літніх людей, так і в дискримінаційних практиках стосовно молоді. Розкриваються сучасні реалії ейджизму в різних сферах життя, включаючи ринок праці, охорону здоров'я та освіту. Підкреслюється важливість критичного осмислення вікових стереотипів та розробки ефективних стратегій для боротьби з ейджизмом на різних соціальних рівнях.

Ключові слова: ейджизм, дискримінація за віком, стереотипи, упередження, соціальна нерівність.

Проблема ейджизму є актуальною протягом всієї людської історії. У XX столітті, з розвитком соціальної геронтології, ейджизм почав осмислюватися як окрема форма дискримінації. Поняття «ейджизм» було запропоноване в 1969 році директором Національного інституту старіння – Робертом Нілом Батлером, який відомий своїми роботами про соціальні потреби та права людей похилого віку, здорове старіння і деменцію. За його визначенням, ейджизм (від англ. age – вік) символізує приховане занепокоєння людей молодого і середнього віку, їх особистісну відразу і відчуття неприязні до людей, які старіють, страх немичності, смерті, хвороби[1]. Ейджизм проявляється у стереотипному мисленні, упередженому ставленні та обмеженні можливостей людини лише на основі її віку. В українській науці проблемі ейджизму як формі дискримінації за віком присвячені праці Онишко О. Б., Тополевського Р. Б., Біскупа В. С., Євхутича І. М., Михайліна Т. В., Гоцуляк Ю. В. та ін.

У сучасному світі законодавство багатьох держав спрямовано на протидію ейджизму, розглядаючи його як одну з форм дискримінації. Історія цього питання сягає 1967 року, першого Закону про дискримінацію за віком у сфері зайнятості (The Age Discrimination in Employment Act - ADEA) у Сполучених Штатах Америки[2]. Цей федеральний закон став прецедентом, заклавши основи для юридичного визнання неприпустимості дискримінації працівників віком від 40 років у питаннях найму, звільнення, оплати праці та інших умов працевлаштування. Прийняття ADEA ґрунтувалося на усвідомленні несправедливості довільного встановлення вікових бар'єрів, що призводило до втрати кваліфікованих кадрів та соціально-економічної дезадаптації осіб старшого віку. Закон відображав прагнення до забезпечення рівних можливостей у сфері праці, незалежно від віку, акцентуючи увагу на професійних якостях та компетентностях працівників.

Поступове усвідомлення специфіки вікової дискримінації призвело до появи документів, які більш конкретно артикулювали необхідність її викоринення. Серед них особливе місце займає Мадридський міжнародний план дій з питань старіння (2002)[3], який, хоча й не є юридично обов'язковим, містить важливі рекомендації щодо боротьби з віковими стереотипами та дискримінацією.

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я підкреслюють широку поширеність ейджистських установок у різних культурах та країнах. Ці установки транслюються та відтворюються через різноманітні соціальні інститути, включаючи ринок праці, систему охорони здоров'я, освітні заклади та медіапростір, формуючи таким чином інституційний та культурний ейджизм.

У контексті нашого дослідження цікавим буде прослідкувати історію виникнення ейджизму протягом різних періодів існування людського суспільства. Науковці вважають, що виник ейджизм як і всі види дискримінацій – з появою перших людей і розвитком первісних суспільств. Походження вікової дискримінації є складним і досі не має однозначного наукового пояснення. Проте, аналіз історичної літератури дозволяє виділити декілька основних гіпотез щодо її виникнення. Перша полягає в тому, що в деяких суспільствах старші люди дискримінувались через фізичну слабкість, в той час як молоді цінувались за силу. Друга гіпотеза стосувалася в більшості первісних культурах, а згодом і Східних первісних цивілізацій був навпаки великий культ літніх людей, через що молодь в таких суспільствах часто була недооцінена. Історичний розвиток ейджизму демонструє зміну об'єкта дискримінації. Ейджизм щодо молоді був більш поширеним явищем у певні періоди, тоді як дискримінація літніх людей не мала такого ж універсального характеру. Цю еволюцію можна пояснити технологічним розвитком, який зменшив залежність від фізичної сили, та формуванням релігійних вірувань, що підкреслювали повагу до старших. Наприклад, в Стародавньому Вавилоні часів правління Хаммурапі злочином вважалось неповага до старших людей та батьків, і не у всіх випадках звинувачення в неповазі могло бути необ'єктивним що може свідчити у наявності ейджизму у той період [4]. Таких самих принципів дотримувались у Стародавньому Китаї, де основою життя були вчення Конфуція, який дотримувався тих самих правил і послуху до старших [5]. Конфуціанська філософія, яка глибоко вкоренилася в китайській культурі, підкреслювала повагу до старших (сяо). Молодші члени сім'ї були зобов'язані беззаперечно слухатися старших, а їхня думка мала вирішальне значення у сімейних та часто навіть громадських справах. Це призводило до ситуацій, коли молодь могла відчувати обмеження у своїх правах та можливостях через свій вік, їхні ідеї могли ігноруватися як недостатньо зрілі або досвідчені.

Якщо ми звернемося до історії стародавнього Риму, то побачимо існування певного «культу молодості», особливо в контексті військової доблесті та політичної кар'єри. Молоді чоловіки часто ідеалізувалися за їхню силу та потенціал. Однак, це не означало повного знецінення старості. Патриціанські родини та Сенат складалися переважно з досвідчених чоловіків, чия мудрість і політичний досвід вважалися важливими для управління державою. Таким чином, існувало своєрідне балансування між цінуванням молодості та повагою до досвідченої старості, особливо серед еліти. У Стародавній Греції, за часів Перикла (V ст. до н. е.), існував закон, згідно з яким відомі державні діячі в похилому віці перебували на утриманні держави. Для таких людей будували спеціальні пансіони, які називалися параситаріями, а самих мешканців називали параситами [6], водночас з цим у Спарті хлопчики виховувались в окремих панціонах (і відбирались у батьків), при тому фізично нездорові діти фізично знищувались, а фізично здорові – виховувались у жорсткій дисципліні [7]. З появою класичних релігій – як християнство та іслам, повага до старших закріпилась остаточно. Середньовічні держави, які були християнські, у більшості знову повернулись до моменту, коли ейджизм стосовно літніх людей був більш розповсюджений. Це можна пояснити великою кількістю епідемій та феодалними порядками, де сила знову почала цінуватись. Звичайно, якщо літня людина займала високий статус, особливо церковний або монарший, повага до неї була високою і у «вищому» світі домінував ейджизм у бік молоді. У східних ісламських країнах, через глибоку повагу до старшого покоління, сформувалося явище ейджизму, спрямоване проти молоді. У середньовічній Європі на сприйняття віку значний вплив мала релігія. Старість могла розглядатися як період духовного зростання та наближення до Бога, але також як час фізичного та розумового занепаду, пов'язаного з гріховністю. Релігійні уявлення середньовіччя накладали подвійний відбиток на сприйняття старості. З одного боку, шанобливе ставлення до літніх людей підкріплювалося біблійними образами мудрих старців та патріархів, а старість могла трактуватися як винагорода за праведне життя, період спокою та зосередження на духовних практиках, підготовки до вічності. З іншого боку, фізична слабкість, хвороби та когнітивні зміни, що часто супроводжували старість, могли інтерпретуватися як наслідок гріхів або випробування, послані Богом, що призводило до амбівалентного ставлення до літніх людей у суспільстві.

У період Відродження та раннього Нового часу, зі зростанням індивідуалізму та змінами в соціальних структурах, уявлення про вікові ролі почали трансформуватися. З одного боку, повага до досвіду літніх людей залишалася, особливо в аристократичних колах, але з іншого – зростала увага до молодості та її потенціалу. Епоха Відродження та особливо Просвітництва принесла з собою нові ідеї щодо цінності людського життя в усіх його періодах. Хоча ейджизм як явище не зник, почали з'являтися перші наукові спроби вивчення процесів старіння, що стало зародком сучасної геронтології. Філософи та вчені того часу все більше цікавилися не лише духовними, але й фізичними та соціальними аспектами старіння, хоча ці погляди часто були обмежені панівними соціальними нормами. Промислова революція у XVIII-XIX століттях призвела до значних соціальних змін, включаючи урбанізацію та зміну характеру праці. Фізична сила почала втрачати свою домінуючу роль у багатьох сферах, що могло поступово впливати на статус старших працівників. Важливим також є культурні чинники, які суттєво вплинули на виникнення та закріплення ейджизму. У багатьох суспільствах сформувалися певні уявлення про

"ідеальний" вік, який часто асоціювався з молодістю та красою. Засоби масової інформації та реклама почали активно експлуатувати ці образи, сприяючи поширенню стереотипів та дискримінації за віком. Культ молодості, що набув особливої популярності у XX столітті, ще більше посилив ейджистські установи щодо осіб певного віку.

Крім того, страх перед старістю та смертю є психологічним фактором, що лежить в основі ейджизму. Віддаляючись від літніх людей або знецінюючи їх, молодші покоління можуть підсвідомо намагатися дистанціюватися від неминучості старіння та смерті.

У сучасному світі ейджизм залишається поширеною формою дискримінації, проявляючись у стереотипах та упередженнях щодо людей різного віку. Особливо на ринку праці літні люди стикаються з труднощами при працевлаштуванні через упередження щодо їх віку. Психологічно ейджизм негативно впливає на їхню самооцінку та психічне здоров'я. Незважаючи на зростаючу обізнаність щодо питань рівності та інклюзії, ейджизм продовжує проявлятися у різноманітних формах, впливаючи на різні аспекти життя людини, від працевлаштування та охорони здоров'я до соціальної інтеграції та самовідчуття (World Health Organization, 2021) [8].

Для протидії дискримінації за віком у багатьох країнах, включаючи Україну, існують відповідні закони. Конституція України гарантує рівність прав незалежно від віку, а Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» [9] забороняє вікову дискримінацію. За порушення законодавства про протидію дискримінації передбачена юридична відповідальність. На міжнародному рівні існують відповідні конвенції, зокрема Директиви Європейського Союзу. Важливо зазначити, що наявність законодавства є необхідною, але недостатньою умовою для подолання ейджизму.

Історичний досвід розвитку суспільства, праці сучасних вчених підтверджують актуальність проблеми ейджизму в сучасному українському суспільстві та необхідність її подальшого вивчення та розробки ефективних стратегій подолання. Розуміння історичних аспектів ейджизму є важливим для усвідомлення глибини та складності цієї проблеми та розробки ефективних підходів до боротьби з віковою дискримінацією у сучасному світі.

Люди, які відчувають дискримінацію за віком, частіше стикаються з депресією, відчуженістю та зниженням самооцінки. Для економіки країн це також шкідливо, адже відбувається втрата кваліфікованих спеціалістів, що призводить до деградації професійної сфери. Подолання цієї дискримінації можливе лише через зміну мислення та формування нової культури поваги до вікової різноманітності.

Отже, ейджизм – це складна проблема, яка існує в суспільстві століттями. Його зовнішні ознаки та способи прояву змінювалися з часом під впливом того, як розвивалася економіка, культура, наука та суспільство. Адже вік – це не вирок, а всього лише одна з характеристик особистості, яка не повинна обмежувати можливості людини.

References

1. AGG. allgemeines gleichbehandlungs-gesetz. 2006. 52s.
2. Bradley, K. R. (1998). Life and death at Rome. Yale University Press.
3. Sotsialnyi eidzhizm: realii ta vyklyky suchasnoho ukraynskoho suspilstva: vebсайт. URL: <https://zolotyj.wik.info/biblioteka/materialy-i-konferentsii/13-sotsialnyy-eydzhyzm-realiyi-ta-vyklyky-suchasnoho-ukraynskoho-suspilstva.html> (data zvernennia: 28.04.2025)
4. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization. 2021. 202 p. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/2021-dha-docs/9789240016866-eng.pdf?sfvrsn=7375d0b8_7&download=true
5. Gruman, G. J. (2003). A history of ideas about the prolongation of life. American Philosophical Society.
6. Biskup V.S. Eidzhizm yak sotsialna problema ta shliakhy yii podolannia / Vitalii Biskup // Visnyk Cherkaskoho universytetu. Seriya «Pedagogichni nauky». Vypusk 121. – Cherkasy, 2008. – S. 37-42.
7. Dyrektyva 2000/78/ES Rady vid 27 lystopada 2000 roku pro vstanovlennia zahalnykh ramok dlia rivnogo stavlennia u sferi zainiatosti ta profesiinoi diialnosti.
8. Zakon Ukrainy «Pro zasady zapobihannia ta protydii dyskryminatsii v Ukraini» vid 30.05.2014 № 5207-VI.
9. Istorychnyi aspekt vyznachennia terminu «parazytyzm» : vebсайт. URL: https://inb.dnsgb.com.ua/2009-1/09_prykhotko.pdf (data zvernennia: 28.04.2025)
10. Madrydskyi mizhnarodnyi plan shchodo starinnia, 2002. Druha Vsesvitnia Asambleia zi starinnia, Madryd, Ispaniia, 8-12 kvitnia 2002 r. Orhanizatsiia Obiednanykh Natsii. S. 108.
11. Onyshko O.B., Topolevskyi R.B. Eidzhizm yak latentna forma dyskryminatsii za vikom. Sotsialno-pravovi studii. 2021. Vypusk 2 (12). S. 181-187
12. The Age Discrimination in Employment Act of 1967: Pub. L. 90-202. URL: <https://www.eeoc.gov/statutes/age-discrimination-employment-act1967>
13. Furman A., Pidhurska M., Istoriia sotsialnoi roboty. Ternopil. TNEU. 2022. 135s.

AGEISM AS A FORM OF AGE DISCRIMINATION: HISTORICAL REVIEW AND CURRENT REALITIES

Theses present a theoretical and methodological analysis of ageism as a broad form of discrimination that is based on age-old stereotypes and advances. The history of the evolution of ageist phenomena and their influx into the formation of the common thought among various age groups of the population is examined. Analysis of historical literature allows us to understand the origins and expansion of age-old stereotypes that formed the basis of current manifestations of ageism, changes in marriage throughout history implied a re-interpretation of the phenomenon of ageism. different categories. Ageism is characterized as a form of social inequality that leads to the limitation of capabilities, social isolation and a decrease in the quality of life of people of a young age, regardless of their individual qualities, to the fullest potential.

It is agreed that ageism manifests itself both in negative stereotypes of older people and in discriminatory practices of 100-year-old people. The current realities of ageism are revealed in various spheres of life, including the healthcare market, health care and lighting. The importance of critically understanding age-old stereotypes and developing effective strategies to combat ageism at various social levels is emphasized.

Keywords: ageism, age discrimination, stereotypes, prejudice, social inequality.

Відомості про автора / Information about the Author

Світлана Сургова, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Svetlana Surgova, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: Svetlana.Surgova@chmnu.edu.ua, E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Софія Лебедева, студентка другого курсу першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: t0667336673gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0000-8170-9262>

Sofia Lebedieva, second-year student of the first (bachelor's) educational level of higher education, of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: t0667336673gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0000-8170-9262>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.23

Світлана Сургова
Елизавета Своріна

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ІНКЛЮЗИВНОГО ТУРИЗМУ

У тезах висвітлено особливості розвитку інклюзивного туризму як інструменту соціальної адаптації та інтеграції осіб з інвалідністю у сучасному глобалізованому суспільстві. Інклюзивний туризм розглядається як важливий напрям реалізації прав людини на вільне пересування, відпочинок і культурний розвиток. Підкреслено, що в умовах євроінтеграційних прагнень України, впровадження європейських стандартів у сфері доступності туристичних послуг стає актуальним завданням на державному рівні. В тезах окреслено історичну еволюцію концепції доступного середовища, визначено її основні принципи та роль у забезпеченні рівноправної участі всіх громадян у туристичній діяльності.

Проаналізовано зарубіжний досвід організації інклюзивного туризму в країнах Європейського Союзу та Північної Америки, охарактеризовано кращі практики інфраструктурної адаптації, цифрової інклюзії та спеціалізованого туристичного обслуговування. Окрема увага приділяється сучасному стану інклюзивного туризму в Україні, де ця сфера перебуває на етапі становлення. Виявлено основні бар'єри, що гальмують розвиток інклюзивного туризму в нашій державі, зокрема нормативно-правові, інституційні, інформаційні та фізичні. Узагальнено перспективи впровадження міжнародних практик та адаптації глобального досвіду до українських реалій з метою формування безбар'єрного туристичного простору.

Ключові слова: інклюзивний туризм, соціальна адаптація, безбар'єрне середовище, інвалідність, туристична доступність.

Інклюзивний туризм – це напрям туристичної діяльності, який забезпечує можливість подорожувати людям з різними формами інвалідності, особами похилого віку, батьками з маленькими дітьми, а також тим, хто має тимчасові обмеження мобільності. Основною метою інклюзивного туризму є створення такого середовища, яке не містить фізичних, інформаційних, соціальних або психологічних бар'єрів, а навпаки – сприяє соціалізації, самореалізації та підвищенню якості життя.

Українські науковці приділяли велику увагу розгляду цього питання. Зокрема, Волошинський О. Н. і Горбач І. К. запропонували модель організації активного відпочинку для неповноздатних осіб. Петров Д. Г. наголошував на необхідності сприйняття інвалідного туризму як базового права, а не привілею. Соловйов Д. І. вивчав розвиток термінології у сфері туризму, Топалова О. І. – суспільно-географічні передумови адаптивного туризму в Україні, а Трухін І. О. – соціальний захист людей з інвалідністю як елемент гуманістичної моделі суспільства.

Вперше концепція доступності в туризмі почала активно обговорюватися на міжнародному рівні у 1970-1980-х роках, зокрема в контексті прав людини. Вона знайшла своє відображення в документах ООН, таких як Конвенція про права осіб з інвалідністю, яка прямо вимагає забезпечення доступу до транспорту, інфраструктури, послуг і відпочинку. У XXI столітті питання інклюзії набуло особливої актуальності внаслідок глобальних процесів гуманізації, демографічних змін (старіння населення) і розвитку технологій, що дозволяють адаптувати середовище.

У світі сформувалися різні підходи до реалізації інклюзивного туризму. Країни Європейського Союзу зробили акцент на нормативно-правове регулювання доступності та залучення держави до фінансування відповідних ініціатив. Наприклад, у Німеччині розроблено і на законодавчому рівні затверджено стандарти адаптації об'єктів інфраструктури для людей з інвалідністю. Це стосується не лише фізичної доступності (наявності пандусів, ліфтів, широких дверей), а й інформаційної – наприклад, надання інформації шрифтом Брайля, використання QR-кодів з аудіоописами для людей з порушенням зору.

У Франції місто Лурд є унікальним прикладом релігійного туризму, повністю адаптованого для осіб з обмеженою мобільністю. Усі готелі в межах туристичної зони мають спеціальні підйомники, адаптовані

санвузли, кімнати для осіб з інвалідністю, а вулиці міста облаштовані тактильною плиткою та інтуїтивною навігацією. Крім того, у Лурді діють волонтерські служби, що супроводжують туристів із додатковими потребами протягом усього маршруту.

У Польщі одним із пріоритетів стало впровадження цифрових інструментів для забезпечення доступності туризму. Зокрема, створено державний реєстр туристичних об'єктів, пристосованих до потреб осіб з інвалідністю. Вебсайти готелів, музеїв, екскурсійних бюро відповідають стандартам WCAG 2.1, що забезпечує зручність користування особам із порушенням зору та слуху. У Кракові та Варшаві активно функціонують інтерактивні карти з позначенням доступних маршрутів і громадського транспорту.

У США поняття доступності в туризмі є частиною загального підходу до універсального дизайну. У більшості великих міст США функціонують спеціалізовані туристичні оператори, що пропонують повністю адаптовані тури, включаючи трансфери, обладнання, медичний супровід, а також інструкторів для людей з інтелектуальними чи психоемоційними особливостями.

Канада зробила акцент на участь громад у створенні доступного середовища. Проекти з інклюзивного туризму тут підтримуються на муніципальному рівні, а готелі й туристичні локації проходять добровільну сертифікацію, що підтверджує рівень їхньої доступності. Додатково створюються освітні програми для персоналу туристичної сфери щодо етики взаємодії з людьми з інвалідністю.

Україна наразі лише формує підґрунтя для розвитку інклюзивного туризму. Попри наявність окремих нормативних документів, таких як Державні будівельні норми (ДБН В.2.2-40:2018), на практиці більшість туристичних об'єктів залишається недоступною. Відсутність пандусів, ліфтів, спеціалізованих туалетних кімнат, адаптованого транспорту, а також низька обізнаність персоналу щодо потреб маломобільних груп – це лише частина проблем. Бракує комплексного підходу, що включав би інфраструктуру, сервіс, транспорт і цифрову доступність.

Окремі позитивні приклади існують завдяки діяльності громадських організацій. Зокрема, ГО «Зелений хрест» у Львові організовує інклюзивні екскурсії старовинною частиною міста, використовуючи спеціальні візки. У Києві та Одесі проводяться туристичні маршрути з сурдоперекладом для осіб із порушенням слуху. Проте масштаб таких ініціатив залишається локальним, а фінансування – обмеженим.

Серед основних бар'єрів розвитку інклюзивного туризму в Україні варто виокремити:

- **Архітектурні:** більшість історичних пам'яток та природних локацій не мають засобів фізичного доступу.
- **Інформаційні:** відсутність сайтів із адаптованою інформацією, мобільних застосунків, навігаційних матеріалів.
- **Психологічні:** недовіра людей з інвалідністю до сфери туризму через попередній негативний досвід.
- **Організаційні:** брак кадрів, які мають компетентність у сфері інклюзії, відсутність курсів з підвищення кваліфікації для гідів і туropераторів.

Для подолання цих викликів необхідно запровадити цілісну державну програму розвитку інклюзивного туризму, яка б включала фінансування, освітні заходи, стимулювання бізнесу до впровадження безбар'єрних рішень. Доцільним є вивчення досвіду Польщі як найближчого сусіда, що успішно реалізував цифрові стандарти доступності в умовах постсоціалістичної трансформації.

Таким чином, інклюзивний туризм – це не лише прояв соціальної відповідальності, а й потужний інструмент розвитку місцевих громад, розширення туристичних послуг та формування позитивного іміджу держави. Україна має усі передумови для активного впровадження зарубіжного досвіду в цій сфері за умови політичної волі, партнерства з громадським сектором і готовності бізнесу до трансформацій.

References

1. Pro turyzm: Zakon Ukrainy vid 15.09.1995 r. №324/95. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy. 1995. №54-67. St. 189.
1. 2.Voloshynskyi O. N., Horbats I. K. Teoriia i praktyka orhanizatsii aktyvnoho vidpochynku ta turyzmu dlia nepovnozdatsnykh osib: navch. posib. Lviv: TOV «Prostir M», 2009. 128 s.
2. Petrov D. H. Svit na dotyk. Invalidnyi turyzm – rozkish chy neobkhidnist: navch. posib. Kyiv: Dzerkalotyzhnia, 2007. 48 s.
3. 4.Soloviov D. I. Vdoskonalennia poniatiinoho aparatu teoretychnoho zabezpechennia funktsionuvannia turystychnoi sfery. Visnyk Berdianskoho universytetu menedzhmentu i biznesu. Berdiansk, 2011. 5-7 berez. (№ 23). S. 82-88.
4. Topalova O. I. Suspilno-heohrafichni peredumovy ta perspektyvy rozvytku adaptivnogo turyzmu v Ukraini: avtoref. dys. Kyiv: KNU, 2016. 175 s.
5. Trukhin I. O. Sotsialnyi zakhyst invalidiv yak proiav humanizatsii suspilstva. Kyiv: Osvita, 2000. 147 s.

6. 7.Surhova S.Iu. Arkhitekturna dostupnist yak umova formuvannia inkliuzyvnoho seredovyscha // Olviiskyi forum-2022 stratehii krain Prychornomorskoho rehionu v heopolitychnomu prostori: XVI mizhnar.nauk.-prakt. konf. 23-26 cherv. 2022 r., m. Mykolaiv: vyd-vo ChNU im. Petra Mohyly,2022. – s.6-10

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.23

Svetlana Surgova
Svorina Yelyzaveta

INTERNATIONAL EXPERIENCE OF INCLUSIVE TOURISM

The theses highlight the specific features of the development of inclusive tourism as a tool for social adaptation and integration of people with disabilities in the context of the modern globalized society. Inclusive tourism is considered an important area for implementing human rights to free movement, leisure, and cultural engagement. It is emphasized that, in the context of Ukraine's European integration ambitions, the implementation of European standards in the field of accessible tourism services is becoming a pressing issue at the national level. The paper outlines the historical evolution of the concept of an accessible environment, defines its key principles, and reveals its role in ensuring equal participation of all citizens in tourism activities.

The international experience of organizing inclusive tourism in the countries of the European Union and North America is analyzed, with a focus on best practices in infrastructure adaptation, digital inclusion, and specialized tourist services. Particular attention is paid to the current state of inclusive tourism in Ukraine, where this field is still at a formative stage. The main barriers hindering the development of inclusive tourism in Ukraine are identified, including legal, institutional, informational, and physical obstacles. The prospects for implementing international practices and adapting global experience to Ukrainian realities with the aim of creating a barrier-free tourism environment are summarized.

Keywords: *Inclusive tourism, social adaptation, barrier-free environment, disability, tourism accessibility.*

Відомості про автора/ Information about the Author

Світлана Сургова, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Svetlana Surgova, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Своріна Єлизавета, студентка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: svorinae@gmail.com, orcid: <https://0009-0006-3844-1874>

Svorina Yelyzaveta, student of the first (bachelor) level of higher education, department of social work, pedagogy and speech therapy, Educational and Scientific Medical Institute, Black Sea National University named after Peter Mohyla, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: svorinae@gmail.com, orcid: <https://0009-0006-3844-1874>

© С. Сургова, Є. Своріна

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.24

Світлана Сургова
Анастасія Яковенко

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ДОМАШНЬОМУ НАСИЛЛЮ

У тезі досліджено феномен домашнього насильства як складну соціально-правову проблему, що має глибокі історичні корені, багатофакторні причини та різні форми прояву— фізичні, психологічні, сексуальні та економічні. Проаналізовано етапи становлення правових механізмів протидії насильству: від перших згадок у «Законах Хаммурапі» і «Руській правді» до сучасного законодавства України. Особлива увага приділена Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» та ратифікації Стамбульської конвенції у 2022 році, що стало важливим кроком на міжнародному рівні. У роботі розкрито вплив культурних, психологічних і соціальних чинників на поширення насильства, а також наголошено на необхідності міждисциплінарного підходу до його подолання. Зазначено, що ефективна боротьба з домашнім насильством потребує не лише вдосконалення правових норм, а й активної участі державних інституцій, громадських організацій та всього суспільства, особливо в умовах війни, що спричинила зростання кількості звернень про насильство. Описано сучасні механізми допомоги: створення притулків, мобільних бригад психосоціальної підтримки тощо.

Ключові слова: домашнє насильство, правове регулювання, Стамбульська конвенція, соціальні чинники, захист прав людини.

У сучасних реаліях домашнє насильство визначається, як серйозна проблема, оскільки вона стосується багатьох людей і має вплив не лише на окрему людину, але й на суспільство загалом. Щоб глибше зрозуміти поняття цього явища та ефективність сучасних підходів до його подолання, важливо проаналізувати історичний шлях становлення правового регулювання домашнього насильства.

Аналіз виникнення механізмів правового регулювання явища домашнього насильства, свідчить про його глибокі історичні корені та складну еволюцію. Витоки правового регулювання проблеми сягають ще епохи Стародавнього Вавилону — у «Законах Хаммурапі» (XX–XVI ст. до н.е.) вперше з'являється спроба встановити рамки для сімейних відносин, хоча домінування чоловіка було визначальним. Протягом наступних століть боротьба з насильством у родині проходила декілька важливих етапів, кожен з яких вносив суттєві зміни в правову та соціальну свідомість.

Перший значущий період (XI–XVI ст.) позначився появою «Руської правди» — одного з перших кодифікованих збірників права, де жінка визнавалася повноцінним суб'єктом правових відносин. За її вбивство передбачалась така ж відповідальність, як і за вбивство чоловіка, що на той час було революційним кроком. Цей правовий підхід знайшов своє продовження в Литовських статутах, де вже окремо фіксувалася відповідальність за насильство щодо дітей, що свідчить про перші кроки у формуванні концепції захисту вразливих категорій.

Другий період (XIX ст.) пов'язаний із правовими актами Австро-Угорської імперії, які не лише надавали визначення терміну «сім'я», а й включали положення про відповідальність за насильницькі дії стосовно членів родини. Таким чином, родинне насильство почали сприймати не лише як моральну, а й як юридичну проблему.

Третій період (XIX – початок XX ст.) став переломним у плані формування соціального руху за права жінок. Ідеї суфражизму, які охопили Європу і США, дійшли й до українських земель, актуалізуючи необхідність забезпечення рівності статей. Незважаючи на формальне замовчування проблеми в СРСР, законодавство все ж визнавало певні форми насильства в родині як кримінальні злочини, хоч і не оформлювало це в категорію «домашнього насильства».

Четвертий період (середина – кінець XX ст.) ознаменувався прийняттям ключових міжнародних документів, що заклали основу глобальної політики протидії домашньому насильству. Загальна декларація прав людини (1948), Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979), а також модельний закон ООН

(1996), у якому вперше з'явилося чітке визначення «домашнього насильства», — усі ці документи стали орієнтирами для національних законодавств різних країн світу.

І п'ятий період (кінець XX – XXI ст.) пов'язаний із незалежною Україною, яка почала формувати власну правову політику в цій сфері. У 2001 році прийнято перший закон «Про попередження насильства в сім'ї», який закріпив правові основи державного втручання у приватну сферу. З 2003 року насильство в сім'ї стало адміністративним проступком, а з 2017 року — за певних умов — і кримінальним правопорушенням. Закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству» деталізував форми насильства, механізми допомоги потерпілим, а також зобов'язав органи влади створити систему реагування [6].

У контексті правового регулювання проблеми домашнього насильства ключову роль відіграє визначення кола осіб, до яких може бути застосований відповідний правовий механізм захисту. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (п. 3 ч. 1 ст. 1) встановлює, що такі діяння можуть мати фізичний, сексуальний, психологічний або економічний характер та здійснюватися як у межах сімейних чи родинних відносин, так і між особами, які спільно проживають або проживали однією сім'єю, незалежно від юридичного статусу їхніх взаємин. При цьому закон охоплює не лише факти насильницької дії чи бездіяльності, а й погрози її вчинення, що підкреслює комплексний підхід до виявлення та попередження таких правопорушень [2].

Виходячи із вищезазначеного цим законом було започатковано боротьбу держави та суспільства з таким ганебним явищем, як домашнє насильство. У зв'язку з цим низка міжнародних документів та угод, які укладала Україна з іншими країнами світу враховувала гендерну рівність чоловіків та жінок, які з тих чи інших причин перебувають за кордоном, знаходячись в сімейних чи інших взаєминах з громадянами інших держав [5].

Важливо зазначити, що боротьба з домашнім насильством не припиняється, навіть у часи глобальних викликів, таких як війна. Попри повномасштабне вторгнення Росії в Україну, боротьба з домашнім насильством не лише не припинилася, а навіть набула нового змісту. Вже під час війни Україна зробила важливий крок, ратифікувавши у 2022 році Стамбульську конвенцію — перший обов'язковий міжнародний документ, який комплексно регулює протидію насильству щодо жінок і домашньому насильству [3]. Це свідчить про те, що навіть у складних умовах воєнного стану держава прагне дотримуватись міжнародних стандартів у сфері захисту прав людини та гендерної рівності. Дія Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» продовжується, а також застосовується стаття 126-1 Кримінального кодексу, яка передбачає кримінальну відповідальність за систематичне насильство в родині [2], [1]. Хоча навантаження на правоохоронні органи і суди значно зросло через війну, справи про домашнє насильство розглядаються, і постраждалі особи можуть отримати захист.

Разом із тим, війна призвела до зростання кількості випадків насильства — правозахисні організації, зокрема Ла Страда-Україна, фіксують збільшення звернень, що пов'язано зі стресом, переміщенням людей, економічними труднощами та доступом до зброї серед населення [4]. Саме тому впровадження міжнародних документів, зокрема Стамбульської конвенції та Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW), залишається актуальним і необхідним [3]. Відповідно до цих стандартів в Україні реалізуються нові програми — відкриваються додаткові притулки для жертв насильства, створюються мобільні бригади психосоціальної допомоги, які працюють навіть у прифронтових районах.

Отже, історичний розвиток правового регулювання домашнього насильства свідчить про складний і тривалий шлях еволюції суспільної свідомості та державної політики у цій сфері. Від перших згадок у древніх правових кодексах до сучасних міжнародних документів, таких як Стамбульська конвенція, поступово формувалися принципи захисту прав людини, рівності та недопущення насильства у сімейних відносинах. Україна, пройшовши складний етап становлення власної правової системи протидії домашньому насильству, сьогодні демонструє прихильність до міжнародних стандартів, навіть у складних умовах війни. Ратифікація ключових міжнародних актів, удосконалення законодавчої бази та впровадження нових програм допомоги постраждалим свідчать про системний підхід держави до вирішення цієї проблеми. Водночас виклики воєнного часу лише підкреслюють необхідність подальшого посилення заходів захисту, профілактики та реагування на випадки домашнього насильства, аби гарантувати безпеку та права кожного громадянина.

References

2. Kryminalnyi kodeks Ukrainy : Kodeks Ukrainy vid 01.09. 2001 r. № 2341-XIV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
3. Zakon Ukrainy "Pro zapobihannia ta protydiuu domashnomu nasylstvu": Zakon vid 07.12.2017 № 2229-VIII // Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy. — 2018. — № 5. — St. 35. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>

4. Konventsiiia Rady Yevropy pro zapobihannia nasyilstvu stosovno zhinok i domashnomu nasyilstvu ta borotbu iz tsymy yavyshchamy (Stambul'ska konventsiiia) ratyfikovana Zakonom Ukrainy № 2319-IX vid 20.06.2022. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11#Text
5. Zvit La Strada-Ukraina: «Vplyv viiny na henderne nasyilstvo», 2023. URL: <https://la-strada.org.ua/>
6. Verbitskyi, B. Kryminalna vidpovidalnist za domashnie nasyilstvo : kursova robota z dystsypliny "Kryminalne pravo Ukrainy" / B. Verbitskyi ; nauk. kerivnyk V. M. Skyba. — Ternopil, 2023. — [32] s.
7. Hrom N. O. Pravove zabezpechennia protyidii domashnomu nasyilstvu: stanovlennia ta rozvytok. // Yurydychnyi biuletен. – 2024. – Vyp. 32. – S. 31–38.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.24

Svetlana Surgova
Anastasia Yakovenko

INTERNATIONAL LEGAL MECHANISMS FOR PREVENTION AND COUNTERACTION TO DOMESTIC VIOLENCE

The thesis explores the phenomenon of domestic violence as a complex socio-legal issue with deep historical roots, multifactorial causes, and various forms of manifestation — physical, psychological, sexual, and economic. The stages of development of legal mechanisms to combat violence are analyzed, from the first mentions in the Code of Hammurabi and Rus' Justice to the modern legislation of Ukraine. Special attention is given to the Law of Ukraine "On Prevention and Counteraction to Domestic Violence" and the ratification of the Istanbul Convention in 2022, which marked an important step at the international level. The paper reveals the impact of cultural, psychological, and social factors on the spread of violence, and emphasizes the need for an interdisciplinary approach to its elimination. It is noted that effective combat against domestic violence requires not only the improvement of legal norms but also the active participation of state institutions, public organizations, and society as a whole, especially in the context of war, which has led to an increase in reports of violence. Modern assistance mechanisms are described, such as the creation of shelters, mobile psychosocial support teams, and others.

Keywords: domestic violence, legal regulation, Istanbul Convention, social factors, human rights protection.

Відомості про авторів / Information about Authors

Світлана Сургова, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Svetlana Surgova, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: surgova.svetlana@gmail.com, orcid: <https://0000-0002-3840-2924>

Анастасія Яковенко, студентка другого курсу першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота та консультування» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: anastasiayakovenko22@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3748-5423>

Anastasia Yakovenko, second-year student of the first (bachelor's) educational level of higher education, specialty "Social Work", Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: anastasiayakovenko22@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-3748-5423>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.25

Володимир Усов,
Христина Шамрай

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НОВОЇ ГЕНЕРАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БЛЕФАРИТУ

Тези представляють аналіз літературних джерел відносно ефективності застосування засобів лікувального характеру та профілактики розвитку ускладнень при запаленні переднього відділу ока – блефариті. Наголошується, що супутні хвороби, в тому числі і діабет, сприяють розвитку ускладнень при несвоєчасному лікуванні. Застосування аутологічного кріоконцентрату тромбоцитів у комплексній терапії бактеріального блефариту нормалізувало клінічні прояви блефариту при відсутності рецидиву захворювання.

Наголошується, що застосування аутокріотромболізату в комплексній терапії тварин з блефаритом на тлі супутніх хвороб можна рекомендувати для широкого застосування у клінічній практиці.

Ключові слова: Блефарит, запалення, аутологічний кріоконцентрат тромбоцитів, оксидативний стрес, антиоксидантна активність, слізна рідина, консервативне лікування

Блефарит є поширеним захворюванням серед офтальмологічних захворювань, яке негативно впливає на якість життя пацієнтів працездатного віку. Блефарит різної етіології це запальне захворювання країв повік гострого чи хронічного перебігу, викликає дискомфорт в очах, почервоніння та відчуття подразнення. Стосовно локалізації розглядають дві форми – передній та задній. При задньому блефариті порушується функція мейбомієвих залоз. Передній блефарит, стафілококовий чи себорейний, характеризується пошкодженням повік, та фолікул вій [1-3].

Якщо вчасно не лікувати блефарит, то з часом можуть виникнути різні ускладнення цього запального процесу в передньому відділі ока, а саме: неоваскуляризація рогівки, виразки рогівки, кератопатія. Хронізація цього запального процесу може призвести до втрати зору [1-3].

Враховуючи різноманітну природу блефариту, епідеміологію та особливості патогенезу, а також наявність чи відсутність не тільки супутніх очних захворювань, а також і системних, лікування та профілактика ускладнень повинна включати комплекс процедур та засобів. По-перше, що повинно бути, так це гігієнічні процедури (очищення повік, теплі компреси, обробка повік антисептичними розчинами тощо). По-друге, залежно від етіопатогенезу блефариту, лікування повинно включати системні або місцеві (інстиляції чи мазь) антибіотики, протизапальні засоби, для підтримки гомеостазу рогівки штучні сльози, імуномодулятори, кортикостероїди, системні протипротозойні препарати за умови демодекозної форми блефариту. Крім того, деякі фізіотерапевтичні процедури теж можуть сприяти поліпшенню клінічного стану хворих блефаритом (магнітотерапія, електрофорез із розчинами вітамінів та антибіотиків, лікування волосяних цибулин, УВЧ-терапія тощо) [1-3].

Тобто, на сьогоднішній день у офтальмолога є цілий арсенал основних та допоміжних засобів та процедур, які сприяють лікуванню блефариту. Міждисциплінарний підхід до лікування блефариту суттєво підвищує ефективність проведеної терапії, запобігаючи розвитку ускладнень та підвищуючи якість життя.

Блефарит – це мультифакторіальне захворювання, але основні чинники – бактеріальне пошкодження та запалений процес переднього відділу ока. Тому основними методами лікування є все ж таки антибактеріальна та протизапальна терапія.

Інколи виникають післяопераційні ускладнення, наприклад передній блефарит після операції з видалення катаракти. При цьому певний відсоток мали різні типи переднього блефариту (частіше зустрічався стафілококовий блефарит, а себорейний та змішаний тип із заднім блефаритом був у меншій частці пацієнтів). Застосовування очних крапель азитроміцину були досить ефективними в таких випадках [4].

Слід також вказати, що суб'єктивні симптоми в деяких випадках турбують пацієнтів, навіть тоді коли клінічна картина свідчить про суттєве покращення стану [5].

На сьогоднішній день значною проблемою фармакотерапії є значне зростання резистентності до ряду антибіотиків, які ще нещодавно були ефективні. Ця проблема клінічної офтальмології є досить критичною як при очній інфекції, так і при інших захворюваннях.

Золотистий стафілокок (*Staphylococcus aureus*) є частою та небезпечною причиною інфекцій поверхні очей у різних країнах незалежно від рівня життя. Інфікування золотистим стафілококом, крім блефариту, може викликати інші захворювання переднього відділу, викликаючи патологічні зміни у кон'юнктиві, рогівці, слізних протоках, повіках, у передній та задній (склоподібне тіло) камерах ока. Є цілий ряд очних захворювань, які викликані патогенним впливом стафілококу – кон'юнктивіт, блефарит, кератит, ендотельміт та інші патологічні стани [6-8].

Як вже зазначалось лікування блефариту може ускладнюватись через розвиток резистентності до основних антибіотиків. Тому на сьогоднішній день з метою підвищення ефективності терапії застосування препаратів нової генерації в комплексному лікуванні бактеріального блефариту та інших інфекційних захворювань переднього відділу ока стає важливим напрямом сучасної клінічної офтальмології.

Так, розробка препаратів з застосуванням бактеріофагової терапії набуває все більшого значення в якості альтернативного лікування таких інфекцій. Звісно є і певні недоліки, тобто певні чинники можуть мати вплив на життєздатність фагових віріонів та білків – фізичні фактори (високі температури, кислотний pH, УФ-промені тощо) та низька стабільність бактеріофагів, проблеми з доставкою, нейтралізація імунною системою тощо). У сучасних наукових дослідженнях зараз активно обговорюються практичні питання щодо розробки нанотехнологічних засобів (полімерні наночастинки, ліпосоми, дендримери, наноемульсії та нановолокна), які можуть суттєво підвищити ефективність бактеріофагової терапії при бактеріальній офтальмопатології [8].

Одним із сучасних напрямів є застосування препарату з тромбоцитів, приготованого за певною технологією, які використовуються як допоміжний лікувальний засіб при різних патологічних станах, в тому числі і при офтальмологічних захворюваннях. Достатня ефективність кріолізату тромбоцитів досягається за рахунок наявності факторів росту (тромбоцитарний фактор росту (PDGF), трансформуючий фактор росту (TGF- β), фактор росту ендотелію судин (VEGF), фактор росту епітелію (EGF), фактор росту фібробластів (FGF), інсуліноподібний фактор росту (IGF), хемокінів, цитокінів, тощо та має потужну антимікробну здатність, сприяє посиленню регенеративних реакцій фібробластів ураженої зони та епітеліальних клітин. Крім того, до складу кріолізату тромбоцитів входить ціла низка біоактивних протеїнів, які мають ключову роль в гомеостазі та індукують залучення лейкоцитів у процес регенерації тканини. Цитокіни, наприклад, являються антагоністами прозапальних медіаторів, які утворюються на ранніх стадіях запалення [9-12].

Згідно літературним даним, хемокіни, протизапальні цитокіни (IL-4, IL-10 та IL-13), опіоїдні пептиди (β -ендорфіни, метенкефаліни і динорфин-А) лейкоцитів виявляють також і антиноцицептивні властивості [13, 14].

У наших попередніх дослідженнях при застосуванні аутокріоконцентрату тромбоцитів в комплексній терапії хворих на бактеріальний блефарит спостерігали зниження інтенсивності запального процесу, зменшувались суб'єктивні скарги, поліпшення інтегрального показника об'єктивних (біомікроскопічних) ознак хронічного запалення повік та стану кон'юнктиви, покращувалась гострота зору, відновлювався стан слізної плівки. При цьому вдалося отримати стійкий профілактичний ефект розвитку ускладнень або рецидиву захворювання.

При дослідженні патогенезу бактеріального блефариту в умовах супутньої гіпеглікемії в наших експериментальних дослідженнях на тваринах показано статистично достовірну ефективність курсового застосування аутокріоконцентрату тромбоцитів: нормалізація стану кон'юнктиви та повік, слізної дисфункції при порівнянні з групою тварин, яких лікували за стандартним протоколом без аутокріоконцентрату тромбоцитів. Крім того, нами доведено, що аутокріоконцентрат тромбоцитів сприяє нормалізації рівня маркера запалення β -2-мікроглобуліна, дисбалансу про-антиоксидантної системи в камерній волозі, слізній рідині і кон'юнктиві у тварин.

Таким чином, за нашого часу використовуються як класичні протоколи лікування бактеріального блефариту в залежності від етіопатогенетичних особливостей захворювання, так і розробляється новітня комплексна стратегія фармакотерапії цього захворювання, яка охоплює останні відкриття біотехнології, мікробіології, патофізіології тощо.

Використання інноваційних технологій з залученням препаратів біологічного походження при етіотропному та симптоматичному лікуванні бактеріального блефариту являється відносно безпечним при терапії цього захворювання.

Застосування препаратів нової генерації в комплексному лікуванні блефариту суттєво підвищує ефективність лікування як бактеріального блефариту, так і блефариту з супутніми захворюваннями, запобігаючи можливим ускладненням.

References

1. Amescua, G., Akpek, E.K., Farid, M., Garcia-Ferrer, F.J., Lin, A., Rhee M.K., ...Mah F.S. (2019). American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Cornea and External Disease Panel. Blepharitis Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology*, 126(1), (pp. 40-44).

2. Page, M.R. (2024). Multidisciplinary perspectives in *Demodex* blepharitis: A new view of treatment from clinical, payer, and patient perspectives. *J Manag Care Spec Pharm*, 30(10-a Suppl), (pp. 1-8).
3. Eberhardt, M., Zeppieri, M., & Rammohan, G. Blepharitis. (2025). In: *StatPearls [Internet]*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459305/>.
4. Sakimoto, T., & Sugiura, T. (2023). Clinical features of anterior blepharitis after cataract surgery. *Sci Rep*, 13, 6615. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33956-9>.
5. Pflugfelder, S.C., Karpecki, P.M., & Perez, V.L. (2014). Treatment of blepharitis: recent clinical trials. *Ocul Surf*, 12(4), (pp. 273-284).
6. Dias, M.R., Guareschi, B.L.V., Borges, C.R., Biazim, D.F., Casagrande, D., & Luz, R.A. (2019). Blepharitis: epidemiology, etiology, clinical presentations, treatment and evolution of our patients. *Rev Bras Oftalmol*, 78 (5), (pp. 300-303).
7. Afzal, M., Vijay, A.K., Stapleton, F., & Willcox, M.D.P. (2021). Susceptibility of Ocular *Staphylococcus aureus* to Antibiotics and Multipurpose Disinfecting Solutions. *Antibiotics (Basel)*, 10(10), 1203. doi: 10.3390/antibiotics10101203.
8. Patil, R., Dehari, D., Chaudhuri, A., Kumar, D.N., Kumar, D., & Singh, S., ...Agrawal, A.K. (2023). Recent advancements in nanotechnology-based bacteriophage delivery strategies against bacterial ocular infections. *Microbiol Res*, 273:127413. doi: 10.1016/j.micres.2023.127413.
9. Cieślak-Bielecka, A., Bold, T., Ziółkowski, G., Pierchala, M., Królikowska, A., & Reichert, P. (2018). Antibacterial Activity of Leukocyte- and Platelet-Rich Plasma: An In Vitro Study. *Biomed Res Int*, 9471723. doi: 10.1155/2018/9471723.
10. Tsepkenko, V.O., Pshenychnyi, T.Y., Holiuk, Ye.L., Tymochuk, V.V., & Derkach R. V. (2021). Vykorystannia automezokonsentratu trombotsytiv u patsientiv z patolohiieiu oporno-rukhovoho aparatu [The Platelet Automesoconcentrate in Patients with Orthopedical Pathology]. *Ukrainskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu – Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports*, 6(11), (pp. 160-167) [in Ukrainian].
11. Merolle, L., Iotti, B., Berni, P., Bedeschi, E., Boito, K., Maurizi, E., ...Schiroli, D. (2022). Platelet-Rich Plasma Lysate for Treatment of Eye Surface Diseases. *J Vis Exp*, 186. doi: 10.3791/63772.
12. Troha, K., Vozel, D., Arko, M., Bedina Zavec, A., Dolinar, D., Hočevár, M., ...Kralj-Iglič, V. (2023). Autologous Platelet and Extracellular Vesicle-Rich Plasma as Therapeutic Fluid: A Review. *Int J Mol Sci*, 24(4), 3420. doi: 10.3390/ijms24043420.
13. Akeda, K., Yamada, J., Linn, E.T., Sudo, A., & Masuda, K. (2019). Platelet-rich plasma in the management of chronic low back pain: a critical review. *J Pain Res*, 12, (pp. 753–767). doi: 10.2147/JPR.S153085.
14. Nurden, A.T. (2011). Platelets, inflammation and tissue regeneration. *Thromb Haemost*, 105(Suppl 1), (pp. 13–33). doi: 10.1160/THS10-11-0720.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.25

Volodymyr Usov
Khrystyna Shamrai

PROSPECTS OF USING NEW GENERATION DRUGS IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF BLEPHARITIS

The thesis presents an analysis of literary sources regarding the effectiveness of using therapeutic agents and preventing the development of complications in inflammation of the anterior segment of the eye - blepharitis. It is emphasized that concomitant diseases, including diabetes, contribute to the development of complications in case of untimely treatment. The use of autologous platelet cryoconcentrate in the complex therapy of bacterial blepharitis normalized the clinical manifestations of blepharitis in the absence of disease recurrence.

It is emphasized that the use of autocryothrombolysis in the complex therapy of animals with blepharitis against the background of concomitant diseases can be recommended for widespread use in clinical practice.

Key words: Blepharitis, inflammation, autologous platelet cryoconcentrate, oxidative stress, antioxidant activity, tear fluid, conservative treatment

Відомості про автора / Information about the Author

Володимир Усов, доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: vovausov2002@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6987-4844>

Volodymyr Usov, Doctor of Medicine, Professor of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: vovausov2002@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6987-4844>

Христина Шамрай, аспірант Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: kristinasamraj7@gmail.com

Khrystyna Shamrai, PhD student at Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: kristinasamraj7@gmail.com

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.26

Олена Файчук
Анна Баранова

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІД КРИВДНИКА У ЖЕРТВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

У даній роботі здійснено теоретико-методологічний аналіз психологічних механізмів залежної поведінки жертв домашнього насильства щодо кривдника. Залежність розглядається як складне психологічне явище, що виникає внаслідок тривалого насильства, стресу, постійного контролю та травматичних зв'язків, які деформують самооцінку та само ідентичність особистості. Окреслено роль феномену вивченого безсилля, захисних механізмів психіки та соціокультурних чинників, що поглиблюють залежність. Проаналізовано внесок українських та зарубіжних дослідників у вивчення проблеми, зокрема підкреслено потребу міждисциплінарного підходу до розуміння та подолання цього явища в умовах сучасної України.

Ключові слова: домашнє насильство, залежна поведінка, психологічна травма, психічне здоров'я, жертва домашнього насильства.

Домашнє насильство є однією з найпоширеніших форм порушення прав людини в сучасному суспільстві, що має руйнівний вплив не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я постраждалих. Залежна поведінка жертви щодо кривдника постає як серйозний психологічний феномен, який перешкоджає виходу з аб'юзивних стосунків та відновленню життєвої автономії. Цей тип поведінки базується на глибоких внутрішніх механізмах, що виникають у відповідь на тривалий стрес, насильство та маніпуляцію. Метою роботи є аналіз психологічних механізмів, що підтримують залежність жертви від кривдника, зокрема у контексті феномену вивченого безсилля, тотального контролю та травматичного зв'язку. Дослідження спрямоване на глибше розуміння динаміки аб'юзивних стосунків та формування підходів до подолання цього явища в українському соціокультурному контексті.

Вітчизняна психологічна наука дедалі більше звертає увагу на проблему домашнього насильства як на багатоаспектне явище, що потребує комплексного підходу до його розуміння та подолання. У працях українських дослідників, зокрема Ботнаренка І. А., Гриньківа О. О., Безюк І., Козлякова І., акцент зроблено на тому, що домашнє насильство є не лише фізичним або сексуальним тиском, а насамперед — психологічним впливом, який спричиняє глибокі деформації особистості жертви. Висвітлюється також роль державної політики у протидії насильству та необхідність міждисциплінарної взаємодії фахівців — психологів, соціальних працівників, юристів [2,5,1,6].

Дослідники підкреслюють, що особливої уваги заслуговує психологічна залежність жертви від кривдника, яка формується не одразу, а як результат постійного впливу насильства та відсутності соціальної підтримки. В українських реаліях ця проблема ускладнюється тим, що жінки часто не мають фінансової незалежності, підтримки з боку родини, а також бояться засудження суспільства. На це вказують, зокрема, Шейко С. та Піскоцка К., які досліджують феномен вторинної віктимізації жертв — тобто ситуацію, коли навіть після звернення по допомогу постраждала стикається з байдужістю або недовірою з боку соціальних інституцій [9].

Н. М. Курило та О. М. Пашущина у своїх роботах формують психологічний портрет жінки, яка перебуває в ситуації домашнього насильства. Вони відзначають, що з часом у жертви формується стан емоційного ступору, апатії, втрачається віра у можливість змінити ситуацію. Це спричиняє глибоку кризу самоідентичності, жінка перестає сприймати себе як окрему цінну особистість, здатну приймати самостійні рішення. Усе це посилює зв'язок із кривдником, попри об'єктивну небезпеку для її здоров'я або навіть життя [7].

Залежна поведінка не виникає одномоментно. Вона формується поступово як механізм адаптації до хронічного стресу та небезпеки. Жертва, перебуваючи в ситуації постійного контролю, принижень і агресії, навчається «виживати» через пасивність, підпорядкування, згладжування конфліктів, що зрештою фіксується на рівні поведінки як норма. У таких умовах людина втрачає зв'язок із внутрішнім почуттям свободи й автономії. Постійна загроза покарання, емоційне виснаження, нестача зовнішніх ресурсів для втечі з ситуації призводять до формування глибоко вкоріненої залежності.

Фундаментом для розуміння цього феномену стала теорія вивченого безсилля (learned helplessness), запропонована М. Селігманом у 1975 році. Дослідник довів, що організми, які не мають змоги уникнути болю

або негативних стимулів, з часом припиняють спроби захисту навіть тоді, коли така можливість з'являється. Аналогічний процес спостерігається у жертв домашнього насильства: попри шанси на втечу чи отримання допомоги, вони залишаються в небезпечних стосунках, бо вже втратили віру у зміни та у власну здатність змінити ситуацію [8].

Додатковим фактором, що підсилює залежність, є активація несвідомих захисних механізмів психіки. Йдеться передусім про раціоналізацію (спроби логічно виправдати поведінку кривдника), заперечення (ігнорування фактів насильства або применшення його значущості) та проекцію (перенесення відповідальності за насильство на себе або зовнішні обставини). Жертва може переконувати себе, що партнер «втрачає контроль через втому», або що «всі чоловіки можуть зірватися», або ж вірити, що «вона сама винна, бо не досить добра». Ці механізми створюють ілюзію контролю над ситуацією, знижують рівень тривоги, але водночас підтримують залежність та затягують процес виходу зі стосунків.

Значну роль у підтриманні патологічного емоційного зв'язку відіграє так званий «травматичний зв'язок» (traumatic bonding), описаний у працях П. Карнса. Суть цього явища полягає в тому, що жертва і кривдник утворюють парадоксальний емоційний союз, заснований на чергуванні періодів жорстокості з фазами примирення, ніжності, «медових тижнів». Такий контраст між болем і увагою викликає емоційну плутанину, стимулює викид дофаміну й окситоцину, що сприяє формуванню прив'язаності, схожої на хімічну залежність. Жертва починає чекати «кращих моментів», намагається заслужити любов кривдника, виправдовуючи навіть найжорстокіші його вчинки [3].

Американська дослідниця Дж. Герман підкреслює, що хронічна травматизація викликає не лише емоційні розлади, але й глибинні зміни в особистості. У жертв домашнього насильства поступово руйнується відчуття «Я», змінюється структура самооцінки, формується ідентичність жертви, що характеризується почуттям провини, соромом, тривожністю, депресією та безнадійністю. Людина перестає себе ідентифікувати як сильну, автономну, здатну діяти особу. Саме це і стає психологічною основою для залежної поведінки [4].

Додатковий вимір залежності розкривається через концепцію «коерсивного контролю», запропоновану соціологом Е. Старком [10]. На відміну від відкритих форм насильства, коерсивний контроль діє повільно та майже непомітно. Це ізоляція від друзів і родини, контроль за фінансами, обмеження в русі, систематичне приниження, маніпуляції з інформацією, викривлення фактів. Всі ці дії поступово позбавляють жертву суб'єктності, свободи, упевненості в собі. Людина втрачає можливість приймати рішення, бо її кожен вибір ретельно регламентується партнером. У таких умовах навіть думка про вихід зі стосунків сприймається як загроза життю або безглузда ідея.

У деяких випадках така залежність може базуватися ще й на внутрішньоособистісних порушеннях або дитячому досвіді, що сформував викривлену модель стосунків. Наприклад, досвід насильства у дитинстві або свідчення насильства в родині може стати передумовою толерантності до насильницької поведінки в дорослому віці, особливо якщо жертва сприймає аб'юз як частину «нормальних» стосунків.

Не менш важливим є вплив соціокультурних чинників, які посилюють залежність від кривдника. У багатьох суспільствах, включаючи українське, досі побутують традиційні стереотипи про роль жінки як берегині родини, відповідальної за збереження стосунків будь-якою ціною. Жертва часто боїться осуду з боку рідних, друзів або громади. Економічна залежність, відсутність житла, страх втратити дітей чи зазнати юридичних ускладнень — усе це є бар'єрами на шляху до свободи. Особливо уразливими є жінки з малими дітьми, жінки без соціальної підтримки, або ті, хто мають негативний досвід звернення до державних інституцій.

У психотерапевтичній практиці неодноразово засвідчено, що жертви насильства часто не вірять у можливість змін або не можуть уявити собі життя поза стосунками з кривдником. Їхня уява, мислення та сприйняття реальності перебувають під впливом глибокого когнітивного дисонансу: вони одночасно визнають руйнівність ситуації й вірять у те, що партнер зміниться. Цей механізм внутрішнього конфлікту знижує мотивацію до дії й паралізує волю.

У підсумку можна стверджувати, що залежна поведінка жертв домашнього насильства — це складний комплекс психологічних, емоційних, поведінкових та соціокультурних чинників. Вона не є ознакою слабкості або недалекоглядності жертви, а наслідком систематичної психологічної деструкції, викликаной травмою, контролем, маніпуляцією та ізоляцією. У формуванні залежної поведінки жертви беруть участь такі механізми, як психологічна травматизація, зниження самооцінки, інтерналізація провини та емоційна прив'язаність до кривдника. Для подолання цього явища необхідні не лише індивідуальні зусилля — терапія, підтримка, правова допомога — але й зміна суспільного дискурсу щодо насильства, а також побудова ефективних систем соціального захисту та просвітницької роботи.

References

2. Bezviuk, I. (2021). Problema vtotynnoi viktomizatsii v roboti z postrazhdalymy vid domashnoho nasylstva [The problem of secondary victimization in working with domestic violence survivors]. Sotsialna robota v Ukraini: teoriia i praktyka, (1), 85–90. [in Ukrainian].

3. Botnarenko, I. A. (2020). Psykholohichni aspekty podolannia domashnoho nasyilstva [Psychological aspects of overcoming domestic violence]. Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Seriya: Psykholohichni nauky, (5), 45–50. [in Ukrainian].
4. Carnes, P. (1983). Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Minneapolis: CompCare Publications.
5. Herman, J. (1992). Trauma and recovery (Ukrainian translation). New York: Basic Books.
6. Hryniv, O. O. (2019). Sotsialno-psykholohichna dopomoha zhertvam nasyilstva v simi [Socio-psychological support for victims of domestic violence]. Psykholohiia i suspilstvo, (2), 112–117. [in Ukrainian].
7. Kozliakov, I. (2018). Psykholohichni naslidky nasylnytskykh stosunkiv [Psychological consequences of abusive relationships]. Aktualni problemy psykholohii, 14, 101–105. [in Ukrainian].
8. Kurylo, N. M., & Pashushchyna, O. M. (2017). Psykholohichniy portret zhertvy domashnoho nasyilstva [Psychological portrait of a domestic violence victim]. Visnyk psykholohii ta pedahohiky, (4), 132–138. [in Ukrainian].
9. Seligman, M. E. P. (1975). Learned helplessness: Theory and evidence. Journal of Abnormal Psychology, 84, 228–238.
10. Sheiko, S., & Piskotska, K. (2020). Vykyky nadannia dopomohy zhertvam domashnoho nasyilstva v umovakh suchasnoi Ukrainy [Challenges of providing assistance to victims of domestic violence in modern Ukraine]. Psykholohiia i suchasnist, (3), 69–74. [in Ukrainian].
11. Stark, E. (2007). Coercive control: How men entrap women in personal life. New York: Oxford University Press.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.26

Olena Faichuk
Anna Baranova

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF DEPENDENT BEHAVIOR TOWARDS THE OFFENDER IN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

This paper provides a theoretical and methodological analysis of the psychological mechanisms of dependent behavior of victims of domestic violence towards the offender. Addiction is considered a complex psychological phenomenon that arises as a result of prolonged violence, stress, constant control and traumatic relationships that deform the self-esteem and self-identity of the individual. The role of the phenomenon of learned helplessness, protective mechanisms of the psyche and sociocultural factors that deepen addiction is outlined. The contribution of Ukrainian and foreign researchers to the study of the problem is analyzed, in particular, the need for an interdisciplinary approach to understanding and overcoming this phenomenon in the conditions of modern Ukraine is emphasized.

Keywords: domestic violence, addictive behavior, psychological trauma, mental health, victim of domestic violence.

Відомості про авторів / Information about Authors

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Анна Баранова, студентка другого курсу першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: anyab140306@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0595-5142>.

Anna Baranova, Bachelor's student in Social Work, Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: anyab140306@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0595-5142>.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.27

Олена Файчук
Тетяна Гроссу

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПОДОЛАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

У тезах представлено аналіз травматичного впливу воєнних дій на психіку дітей, зокрема в умовах збройної агресії РФ проти України. Розкрито поняття «психічної травми» та історію його досліджень. Акцент зроблено на актуальності подолання психічних травм у дітей, які постраждали внаслідок війни, шляхом застосування арт-терапії як одного з ефективних методів психосоціальної підтримки. Арт-терапія представлена як інструмент емоційного розвантаження, стабілізації емоційного стану та розвитку адаптаційних ресурсів дитини. Описано основні форми арт-терапії (ізотерапія, драматерапія, музикотерапія, казкотерапія, пісочна терапія та ін.) та їхній вплив на подолання стресу та тривожності, на формування соціальних навичок.

Ключові слова: психічна травма, арт-терапія, ізотерапія, пісочна терапія, драматерапія, музикотерапія, казкотерапія.

Представники різних наукових теорії вказують на травматичний вплив стресу, спричиненого військовими діями, на ще не сформовану психіку дитини. В умовах військової агресії РФ проти України важливим напрямом роботи залишається подолання психічних травм у дітей. Поняття психічної травми було введено у 1878 році А. Ойленбургом, а його зміст розширювали у своїх працях Ж.-М. Шарко, Ж. Брейєра та З. Фройд. Саме З. Фройд адаптував цей термін з медицини (грец. *trauma* — рана, ушкодження) до психологічного контексту, вказуючи на тривалу внутрішню шкоду, завдану особисті внаслідок надмірного емоційного навантаження [4].

Вчені визначають «психічну травму» як певну подію, що зачіпає фундаментальні аспекти існування та викликає глибокі емоційні потрясіння. Травма – відповідь на стресову реакцію, яку особливо важко подолати дітям дошкільного віку. У більшості випадків така подія перевищує адаптаційні можливості дитини, що призводить до серйозних психічних порушень у подальшому. У психологічній літературі «психотравма» трактується як стан крайнього переляку, що виникає в людини під час ситуації, яка ставить під сумнів її безпеку, контроль над подією або здатність адекватно на неї відреагувати.

Одним з ефективних методів подолання психічних травм є арт-терапія, яка допомагає подолати стресові стани та побудувати систему психологічного захисту. Саме арт-терапія вважається простим та ефективним методом психологічної допомоги, що заснований на творчості та грі та має широкий діапазон вікового застосування. Основне завдання арт-терапії – пошук певної проблеми за допомогою символів, образів та метафор, в яких закодована інформація на несвідомому рівні, та подальше спроектування цієї проблеми на свідомий рівень, пропрацювання пов'язаних з нею емоцій та переживань. Засобами творчої діяльності, які використовує людина, транслюється сприйняття світу та ставлення до нього.

У сучасній науковій практиці під арт-терапією розуміють використання всіх видів мистецтв із лікувальною, корекційною та розвиваючою метою. Форми арт-терапії описують у своїх працях різні вчені, зокрема варто виділити такі:

- бібліотерапія – читання як лікування;
- вокалотерапія – лікування співом;
- драма-терапія – використання театрального мистецтва та рольової гри як лікувальних чинників;
- ізотерапія – терапія за допомогою малювання, в основі якої – принцип впливу кольору на психіку;
- імаготерапія – лікувальний вплив через театралізацію та образи, що активізує уяву, знаково-символічне сприйняття, увагу, соціальну взаємодію;
- музикотерапія – лікувальний вплив за допомогою використання музики;
- терапевтична гра – навчання взаємодії з оточуючими і кращому розумінню себе в процесі ігрової комунікації;

- казкотерапія – один з найефективніших терапевтичних інструментів, що базується на виникненні зв'язку між вигаданим світом та реальністю;
- піскотерапія – психокорекція за допомогою різних видів роботи з піском;
- фототерапія – психо-фізична робота за допомогою зображень різної спрямованості: природа, емоцій людей;
- експресивна терапія – використання рухів та тілесних виражень для покращення психічного стану.

Крім вищеперерахованих форм, існують й інші, до прикладу, акватерапія та сімейна творчість як арт-терапія. Групові вправи разом з батьками чи іншими членами сім'ї сприяють покращенню стосунків і комунікації в родині. Будь-який вид арт-терапії позитивно впливатиме на психологічний стан дитини, проте важливо правильно підбирати вид творчості, відповідно до ситуації та індивідуальних вподобань, що призведе до швидшого досягнення бажаних результатів. Проте, варто також враховувати, що арт-терапевтичний результат, це постійний процес видимих поліпшень, а не конкретне досягнення чіткої мети [3].

Під час вибору засобів арт-терапії для дітей варто враховувати наступні моменти:

- вік дитини та її психофізіологічні можливості;
- індивідуальні переваги та схильності;
- специфіку впливу кожного виду арт-терапії на загальний стан дитини;
- глобальні цілі корекції (зменшення тривожності, розвиток моторики чи поліпшення настрою і т. д.);
- власну кваліфікацію та навички [3].

Для ефективної роботи з психосоціальної допомоги дітям, які постраждали від воєнних дій, необхідно мати чітке розуміння проблем, які спричинені травматичною ситуацією. Серед таких проблем можуть спостерігатися: порушення когнітивних процесів; невротичні реакції; емоційні та поведінкові розлади; несформованість соціально-комунікативних навичок; порушення взаємостосунків у сім'ї та ін. [1].

Найважливішою проблемою таких дітей є труднощі адаптації до нового середовища, адже більшість з них є внутрішньо-переміщеними особами. У психологічній практиці арт-терапія активно застосовується для вирішення діагностичних, корекційних і психопрофілактичних завдань, що стосуються гармонійного розвитку особистості. Залучення арт-терапевтичних технік у роботі з дітьми з родин внутрішньо переміщених осіб сприяє підтримці психічного здоров'я та задоволенню базових емоційних і соціальних потреб. Зокрема, йдеться про потребу у спілкуванні, прийнятті, розумінні, емоційній підтримці, самопізнанні, особистісному зростанні, а також у безпечному вираженні пригнічених почуттів. Арт-терапія допомагає дитині усвідомити свої емоції, зіставити їх з реальністю, сформувати позитивне ставлення до навколишнього світу та зменшити відчуття ізоляції й самотності.

Серед усіх методів арт-терапії найбільш ефективними під час роботи з дітьми, які постраждали від воєнних конфліктів вважаємо ізотерапію, драматерапію, музикотерапію, казкотерапію та пісочну терапію.

Таблиця 1.

Методи арт-терапії під час психологічної реабілітації дітей в умовах війни

Метод арт-терапії	Ключові форми/засоби	Основний вплив на психіку дитини	Орієнтовні результати
Ізотерапія	Малювання, ліплення, створення колажів, використання природних і декоративних матеріалів	Стимулює емоційне вираження, знижує напругу, сприяє самопізнанню, допомагає вільно виражати мрії, переживання, конфлікти	Зменшення тривожності, розвиток емпатії, підвищення самооцінки, формування терпіння та посидючості, стабілізація емоційного стану
Драматерапія	Виготовлення ляльок для театру, пантоміма, інсценізація, рольові ігри, драматизація	Активізує уяву, сприяє зняттю психічного напруження, удосконалює мовлення та рухову координацію	Розвиток фантазії, зниження емоційного тиску, покращення комунікації, саморегуляція
Музикотерапія	Рух під музику, спів, гра на інструментах, слухання звуків природи	Проникає у глибинні емоційні шари, регулює настрій, сприяє психосоматичній релаксації	Відновлення працездатності, емоційне розвантаження, стимуляція творчості, зняття внутрішньої напруги

Метод арт-терапії	Ключові форми/засоби	Основний вплив на психіку дитини	Орієнтовні результати
Казкотерапія	Створення та обговорення казкових історій, метафори, фантастичні персонажі	Допомагає дитині опрацювати страхи, конфлікти, труднощі через казковий символізм і метафору	Зниження тривожності, подолання страхів, розвиток уяви, адаптація до нових колективів
Пісочна терапія	Створення сюжетів на піску, маніпуляції з піском і фігурками	Безпечне середовище для вираження внутрішнього стану, сприяє емоційному балансу	Зменшення агресії, невпевненості, емоційного напруження; гармонізація внутрішнього світу

Джерело: сформовано автором на основі [2]

У сучасних умовах війни арт-терапія постає як один із найефективніших методів психосоціальної допомоги дітям, які зазнали психічної травми. Її перевагою є м'який, ненасильницький підхід до виявлення та опрацювання глибоких емоційних переживань, які дитина часто не здатна вербалізувати. Арт-терапевтичні практики сприяють зниженню рівня тривожності, агресії, емоційного напруження, стимулюють самовираження, розвиток креативності та відновлення базового відчуття безпеки.

Результати досліджень та практика впровадження арт-терапії в роботі з дітьми в умовах війни свідчать про її ефективність як частини комплексної психосоціальної підтримки. Таким чином, включення арт-терапії до програм реабілітації дітей, постраждалих від війни, є доцільним і потребує подальшого наукового обґрунтування, методичної підтримки та професійної підготовки фахівців. Отже, арт-терапія - досить перспективний метод роботи з дітьми, які опинилися в кризовій ситуації. Саме тому варто наголосити, що системне використання творчого підходу під час надання допомоги дітям, які постраждали від воєнних дій та міграційних процесів, спричинених війною, сприятиме підвищенню рівня та ефективності життя цієї категорії населення.

References

- Halameiko, N. V. (2014). Melodiia dushi: art-terapevtychnyi klub dlia pedahohiv [Melody of the soul: An art therapy club for educators]. *Psykholog doskillia*, (4), 18–21. [in Ukrainian].
- Kalka, N. M., & Kovalchuk, Z. Ia. (2020). *Praktykum z art-terapii: Navchalno-metodychnyi posibnyk. Chastyna 1* [Art therapy practicum: Educational-methodological guide. Part 1]. Lviv: LvivDUVS. [in Ukrainian].
- Odentsova, V. M. (2015). Vykorystannia symvol-dramy i art-terapii v korihuvanni roboti z podolannia dytiachykh strakhiv u konsul'tatyvnyi praktytsi [Use of symbol drama and art therapy in corrective work to overcome children's fears in counseling practice]. *Shkil'nomu psykhologu. Use dlia roboty*, (4), 8–17. [in Ukrainian].
- Freud, A. (1997). *The ego and the mechanisms of defense*. In *The Writings of Anna Freud* (pp. 1–2). London.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.27

Olena Faichuk
 Tetiana Hrossu

ART THERAPY AS A METHOD OF OVERCOMING PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN CHILDREN DURING WAR

The thesis presents an analysis of the traumatic impact of military actions on children's psyche, particularly in the context of the armed aggression of the Russian Federation against Ukraine. The concept of "psychological trauma" and the history of its study are explored. Emphasis is placed on the relevance of overcoming war-related psychological trauma in children through the use of art therapy as an effective method of psychosocial support. Art therapy is presented as a tool for emotional release, emotional stabilization, and the development of children's adaptive resources. The main forms of art therapy are described (such as art therapy, drama therapy, music therapy, fairy tale therapy, sand therapy, etc.) and their influence on stress and anxiety reduction, as well as on the formation of social skills.

Keywords: psychological trauma, art therapy, art-based therapy, sand therapy, drama therapy, music therapy, fairy tale therapy.

Відомості про автора / Information about the Author

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Тетяна Гроссу, студент-магістр кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: grossutatana15@gmail.com. orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5149-4346>

Tetiana Hrossu, master's student of the Department of Social Work, Pedagogy, and Speech Therapy, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: grossutatana15@gmail.com. orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5149-4346>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.28

Олена Файчук
Яна Дворак

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТА ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА ПІД ЧАС ВІЙНИ

Тези представляють характеристику психологічного портрета жертв сексуального насильства в умовах воєнного конфлікту. У роботі розкрито поняття сексуального насильства як одного з інструментів збройної агресії, а також вивчено його вплив на психоемоційний стан постраждалих.

Наголошується на важливості виявлення індивідуально-психологічних та соціально-демографічних характеристик жертв для забезпечення ефективної допомоги. Підкреслено, що формування комплексного підходу до надання психологічної підтримки є ключем до подолання наслідків травматизації. Звертається увага на потребу в державній і суспільній участі у створенні безпечного середовища для постраждалих та протидії замовчуванню сексуального насильства під час війни.

Ключові слова: сексуальне насильство, війна, жертва, психологічний портрет, ПТСР, емоційна травма, соціально-психологічна підтримка, допомога.

Сексуальне насильство під час війни є однією з найжорстокіших форм порушення прав людини, найстрашніших і водночас замовчуваних форм насильства, що супроводжують збройні конфлікти. Воно використовується як метод терору, інструмент приниження та підриву морального духу населення [1]. Жертви цього злочину отримують глибокі психологічні, емоційні і соціальні травми, які мають довготривалі наслідки для їхнього життя. Саме тому важливо формувати та розуміти психологічний портрет постраждалих, щоб надавати їм належну соціально-психологічну підтримку. Соціологічні дослідження показують, що сексуальне насильство під час війни вкорінене не лише в самому конфлікті, а й у патріархальній культурі, яка толерує силове домінування. Воно стає способом здійснення влади, контролю та демонстрації зверхності над жінками, чоловіками або дітьми, які сприймаються як «чужі» або слабші [4].

Поняття «сексуальне насильство» охоплює різноманітні дії сексуального характеру, вчинені без добровільної згоди особи. Це може включати як зґвалтування (проникнення), так і інші форми примусу до сексуальних актів, які не передбачають проникнення. Згідно з Кримінальним кодексом України, сексуальне насильство визначається як вчинення будь-яких насильницьких дій сексуального характеру без добровільної згоди потерпілої особи [8]. Важливо зазначити, що сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом, є воєнним злочином, що не має строку давності. Постраждалі можуть звертатися із заявами про вчинення такого злочину у будь-який час, незалежно від того, коли він був скоєний.

Як зазначають дослідники сексуальне насильство під час війни має різноманітні форми: від зґвалтування та сексуального рабства до примусової проституції, оголення, вагітності, абортів, каліцтва статевих органів і навіть споглядання акту насильства над іншими. Це не просто насильство над тілом, а систематичне знищення людської гідності [2].

Жертви сексуального насильства під війни часто перебувають у стані хронічного стресу та психологічного шоку. Вони можуть страждати від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється у вигляді флеш беків, нічних кошмарів та панічних атак. Людина, яка пережила насильство, нерідко відчуває втрату контролю над власним тілом і життям, що призводить до руйнування самооцінки та довіри до інших людей [2].

Характеристика психологічного портрета жертви дозволяє краще зрозуміти її стан і потреби. Однією з типових рис психологічного портрета постраждалих є сильне почуття провини, хоча жертва не несе об'єктивно відповідальності за вчинене щодо неї насильство. Це почуття часто супроводжується глибоким соромом, що змушує людину мовчати та ізолювати себе від суспільства. Жертви зазвичай страждають від тривожності, депресивних станів, агресивності, часто уникають соціальних контактів, втрачають здатність отримувати задоволення, відчувають безпорадність і страх перед майбутнім. У них часто виникають порушення сну,

соматичні симптоми, а також проблеми в психосексуальній сфері, які можуть тривати роками без належної терапії [3].

На думку Л. В. Франка, поведінка людини, яка стала жертвою, не завжди є виключно пасивною: вона може бути необачною, ризикованою або провокаційною, що, хоч і не виправдовує насильство, але збільшує ризик стати його мішенню [6]. Тому важливим є урахування не лише травми, а й індивідуальних особливостей потерпілої особи.

Сучасна віктимологія також пропонує комплексну модель психологічного портрета жертви. Зокрема, О. М. Джужа виділяє такі ключові компоненти:

- соціально-демографічні характеристики (стать, вік, освіта, сімейний стан);
- морально-психологічні якості (ставлення до норм, цінностей, життєвих ролей);
- соціально-рольову функцію (громадянка, мати, працівниця тощо);
- кримінально-правову характеристику (ступінь участі у створенні ситуації, що передувала насильству) [7].

О. М. Гумін доповнює цю модель, вказуючи також на попередній досвід жертви, її психофізіологічні риси та поведінкові реакції. Особливо цінним для розуміння є включення біопсихологічних аспектів — наприклад, глибоких травм дитинства, втрати, досвіду знецінення або насильства, які могли передувати воєнним подіям [8].

Варто пам'ятати, що сексуальне насильство під час війни — це не завжди індивідуальний акт. Іноді це систематичний злочин із геноцидними ознаками. Припинення за національною ознакою, як частина сексуального терору, вказує на спробу знищити народ через його найвразливіших членів [2].

У воєнний час ситуація ускладнюється тим, що доступ до професійної психологічної допомоги може бути обмеженим. Люди змушені евакуююватись, залишаються без засобів існування та соціально-психологічної підтримки, що лише посилює їх травматизацію. Також існує високий ризик повторної травматизації — під час розслідувань, опитувань або взаємодії з представниками влади. Нерідко потерпілі не звертаються по допомогу взагалі: від початку повномасштабної війни офіційно зареєстровано лише кілька десятків звернень на гарячі лінії [1]. Але це — лише верхівка айсберга. Більшість жертв мовчать, бо бояться або не знають, куди звертатися. На цьому тлі особливо важливо поширювати інформацію про механізми допомоги. Фахівці радять: зберігати докази, за можливості звертатися до медичних закладів, фіксувати травми, а також обов'язково шукати соціально-психологічну підтримку. Навіть якщо звернення сталося не одразу — допомога все одно є доступною і важливою для зцілення [5].

Психологічний портрет жертви сексуального насильства під час війни — це багатокомпонентна система, що охоплює індивідуальні, поведінкові, соціальні, правові та психофізіологічні характеристики. Глибоке розуміння цих складових є необхідною умовою для надання ефективної допомоги, запобігання повторній віктимізації та формування нової соціальної політики, яка буде чутливою до травматичного досвіду постраждалих.

В умовах збройного конфлікту сексуальне насильство стає не лише особистою трагедією, а й засобом системного терору, що має руйнівні наслідки для психічного, фізичного й емоційного здоров'я жертв. Тому ефективна психологічна допомога повинна бути багаторівневою. Йдеться не лише про проведення терапії, а насамперед про створення безпечного середовища, визнання факту травми, забезпечення соціальної підтримки та повернення постраждалим відчуття гідності й контролю над власним життям [1; 3].

Отже, людина, яка зазнала насильства, повинна відчувати, що вона не одна, що її досвід важливий, і вона має право на зцілення та повноцінне життя. Саме усвідомлення масштабів проблеми та глибини психологічного стану жертв — це перший крок до побудови дієвої системи підтримки. Адже лише те суспільство, яке не відвертається від болю, а здатне його визнати, надати допомогу та прийняти постраждалих — має шанс на справжнє моральне та національне відновлення.

References

1. Seksualne nasylstvo v umovakh viiny: alhorytm dopomohy – La Strada – Ukraina [Sexual violence in wartime: an algorithm of assistance – La Strada – Ukraine]. Retrieved from: <https://la-strada.org.ua/articles/seksualne-nasylstvo-v-umovakh-viiny-alhorytm-dopomogy.html> [in Ukraine].
2. Tsaryova I., Holub O. (2023). Seksualne nasylstvo – zbroia v umovakh voiennoho konfliktu [Sexual violence is a weapon in wartime]. *Scientific Bulletin of the Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs*, 2 (127). (pp. 9–14) [in Ukraine].
3. Avramenko S. M., Melnyk A. R. Portret (2024). Zherty domashnoho nasylstva ta yoho osoblyvosti v umovakh voiennoho stanu [Portrait of a victim of domestic violence and its features in martial law]. *Scientific Bulletin of the Uzhhorod National University*, 244 p. [in Ukraine].

4. Rozbyraiemosia z nasylstvom: sotsiologhiia i psykhologhiia yavyshcha [Dealing with violence: sociology and psychology of the phenomenon]. *Gender in detail*. Retrieved from: <https://genderindetail.org.ua/season-topic/genderne-nasilstvo/rozbiraemosya-z-nasilstvom-sotsiologiya-i-psyhologiya-yavischa-134066.html> [in Ukraine].
5. Seksualne nasylstvo pid chas viiny: prychny, yak diaty postrazhdalym [Sexual violence during war: reasons, how to act as a victim]. University of Customs and Finance. Retrieved from: <http://umsf.dp.ua/index.php/blog/1267-seksualne-nasilstvo-pid-chas-vijni-prichini-yak-diyati-postrazhdalim> [in Ukraine].
6. Frank L.V. (2017). Viktymologichna profilaktyka nasylnytskykh zlochyniv proty osoby [Victimological prevention of violent crimes against the person]. Kyiv: National Academy of Internal Affairs, 212 p. [in Ukraine].
7. Dzhuzha O.M. (2019). Viktymologhiia [Victimology]. Kyiv: Center for Educational Literature, 240 p. [in Ukraine].
8. Gumin O.M. (2021). Kryminologichna kharakterystyka zhertv nasylnytskykh zlochyniv [Criminological characteristics of victims of violent crimes]. Kharkiv: Pravo, 320 p. [in Ukraine].
9. Popov K.L. (2018). Zhertva zlochynu v kryminologhii ta viktymologhii [Victim of crime in criminology and victimology]. Lviv: Lviv State University of Internal Affairs, 196 p. [in Ukraine].
12. Kosenko S.S. (2022). Psykhologichni aspekty povedinky zhertv zlochyniv [Psychological aspects of the behavior of victims of crimes]. *Bulletin of Criminal Law*, 1. (pp. 67–74) [in Ukraine].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.28

Olena Faichuk
Yana Dvorak

CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE DURING WAR

The thesis presents a characteristic of the psychological portrait of victims of sexual violence in conditions of military conflict. The work reveals the concept of sexual violence as one of the instruments of armed aggression, and also studies its impact on the psycho-emotional state of victims.

The importance of identifying individual psychological and socio-demographic characteristics of victims is emphasized in order to ensure effective assistance.

It is emphasized that the formation of a comprehensive approach to providing psychological support is the key to overcoming the consequences of traumatization. Attention is drawn to the need for state and public participation in creating a safe environment for victims and counteracting the silencing of sexual violence during war.

Keywords: sexual violence, war, victim, psychological portrait, PTSD, emotional trauma, socio-psychological support, assistance.

Відомості про авторів / Information about Authors

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Яна Дворак, студентка другого курсу першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: dvorakana6@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0007-3127-2438>

Yana Dvorak, second-year student of the first (bachelor's) level of higher education, specialty "Social Work", Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: dvorakana6@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0007-3127-2438>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.29

Олена Файчук
Єлизавета Тітова

ДОСВІД РОБОТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ СЛУЖБ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА НАСИЛЬСТВА ЗА ОЗНАКОЮ СТАТІ (НА ПРИКЛАДІ МИКОЛАЇВСЬКОГО МІСЬКОГО ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ)

Тези аналізують практичний досвід роботи спеціалізованих служб підтримки осіб, постраждалих від домашнього насильства та насильства за ознакою статі, на прикладі Миколаївського міського центру соціальних служб. Спеціалізовані служби підтримки характеризуються інтегрованим підходом та міжвідомчою взаємодією. Особлива увага приділяється створенню безпечного середовища для постраждалих від насильства, забезпеченню їх захищеності та інтеграції у процес їх соціально-психологічної реабілітації.

Ключові слова: домашнє насильство, насильство за ознакою статі, спеціалізовані служби, центр соціальних служб.

Домашнє насильство та насильство за ознакою статі в Україні є масштабним соціально-психологічним явищем, що охоплює різноманітні форми насильницької поведінки – фізичну, психологічну, сексуальну та економічну. Ці прояви становлять реальну загрозу для життя, здоров'я й гідності постраждалих, а також мають негативні наслідки для суспільства в цілому, адже впливають на добробут країни загалом.

За статистичними даними, кількість випадків насильства щороку невинно зростає. Згідно з офіційною інформацією Кабінету Міністрів України, у 2023 році Національна поліція України зареєструвала понад 291 тисячу фактів домашнього насильства. Особливо тривожними є показники початку 2024 року – лише за перші два місяці 2024 року кількість кримінальних правопорушень, пов'язаних із домашнім насильством, зросла на 56% порівняно з аналогічним періодом 2023 року [8].

Ситуація на місцевому рівні також викликає занепокоєння. Так, у Миколаївській області протягом перших шести місяців року було зафіксовано близько п'яти тисяч випадків домашнього насильства. Такі дані озвучила директорка департаменту соціального захисту населення Миколаївської обласної військової адміністрації Оксана Сльчієва [9].

В умовах зростання кількості випадків домашнього насильства діяльність спеціалізованих служб підтримки постраждалих набуває особливої актуальності. Вона потребує системного аналізу з метою вдосконалення механізмів реагування, підвищення ефективності надання допомоги та забезпечення сталого функціонування відповідних сервісів.

Відповідно до законодавства України, взаємодія суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству та насильству за ознакою статі, ґрунтується на принципах узгодженості дій, міжвідомчого співробітництва та оперативного реагування. До таких суб'єктів належать органи Національної поліції, служби у справах дітей, заклади охорони здоров'я, заклади освіти, органи соціального захисту населення, центри соціальних служб, уповноважені особи територіальних громад та інші. Усі вищезазначені установи зобов'язані забезпечувати своєчасне виявлення фактів насильства, документування, реєстрацію випадків насильства, оцінку ризиків і надання комплексної допомоги постраждалим. Особлива роль у цій системі належить центрам соціальних служб, які здійснюють соціальну оцінку потреб осіб, що постраждали, та розробляють індивідуальні плани їхнього супроводу. Центри координують надання соціальних послуг, організовують міждисциплінарну взаємодію, забезпечують підтримку постраждалих у складних життєвих обставинах, залучають психологів, юристів, соціальних педагогів та інших необхідних фахівців. Вони також

виступають посередниками між постраждалими та іншими службами, сприяючи доступу до тимчасового притулку, медичної чи правової допомоги [4]. Таким чином, ефективність реагування на випадки насильства значною мірою залежить від налагодженої співпраці всіх суб'єктів та координаційної ролі центрів соціальних служб.

Миколаївський міський центр соціальних служб (ММЦСС) відіграє провідну роль у сфері запобігання та протидії домашньому насильству на території міста. Його діяльність спрямована на своєчасне виявлення випадків насильства, надання допомоги постраждалим особам та координацію дій між різними установами й службами. У структурі центру функціонує мобільна бригада соціально-психологічної допомоги, яка реагує на повідомлення про випадки насильства та виїжджає на місце для надання екстреної підтримки. Також у складі ММЦСС діє денний центр, де постраждалі можуть отримати психологічну, соціальну, правову допомогу, а також скористатися консультаційними послугами фахівців. Окрему важливу функцію виконує притулок, він є безпечним місцем тимчасового перебування для осіб, які зазнали домашнього або гендерно зумовленого насильства й потребують захисту. Така багаторівнева структура дозволяє центру здійснювати комплексний підхід до роботи з постраждалими та забезпечувати їм необхідні умови для подолання кризи й повноцінної соціально-психологічної реабілітації.

За інформацією Миколаївського обласного центру соціальних служб на базі ММЦСС функціонує мобільна бригада соціально-психологічної допомоги, метою діяльності якої є надання допомоги постраждалим особам, зокрема у формі соціальних послуг, кризового та екстреного втручання, соціальної профілактики відповідно до їх потреб. Мобільна бригада реагує на повідомлення щодо вчинення домашнього насильства протягом однієї доби, інформує постраждалих про їх права, доступні соціальні та правові послуги, шляхи захисту й підтримки. Важливим напрямом її діяльності є також інформаційно-просвітницька робота серед мешканців міста, спрямована на підвищення рівня обізнаності громади щодо форм, видів та проявів насильства, його наслідків та на формування нульової толерантності до будь-яких проявів насильницької поведінки [5].

Денний центр соціально-психологічної підтримки постраждалих від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі було відкрито у 2021 році як структурний підрозділ Миколаївського міського центру соціальних служб. Його діяльність спрямована на надання фахової допомоги особам, які опинилися в ситуації насильства, шляхом створення безпечного простору для отримання необхідної підтримки. Центр має два функціональні простори: в одному з кабінетів постраждалі можуть отримати індивідуальні консультації психологів, фахівців із соціальної роботи, юристів та інших спеціалістів, які допомагають у подоланні наслідків насильства. Інша частина Центру призначена для проведення зустрічей груп взаємодопомоги, де постраждалі мають змогу спілкуватися, ділитися досвідом та підтримувати одне одного в безпечному середовищі [7]. Серед основних соціальних послуг, які надає Денний центр, екстрене (кризове) втручання, соціальне та психологічне консультування, інформування про права та можливості захисту, а також супровід у налагодженні зв'язків з іншими установами та організаціями. Центр виконує важливу функцію у системі захисту постраждалих, сприяючи їхній реінтеграції в суспільство та відновленню особистісної безпеки [2].

До структури Денного центру соціально-психологічної підтримки також входить спеціалізований центр «Барнахус», створений для роботи з дітьми, які стали постраждалими або свідками насильства. Основна мета діяльності цього центру полягає в забезпеченні безпечного та дружнього до дитини середовища для проведення слідчих (процесуальних) дій відповідно до вимог Кримінального процесуального кодексу України. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризик повторної травматизації дитини під час допиту або інших процесуальних процедур. У центрі передбачена кімната очікування, де дитина разом із фахівцем із соціальної роботи може адаптуватися до простору, відпочити, а також отримати підтримку. Паралельно соціальний працівник проводить оцінку потреб дитини та її родини. Допит відбувається в окремій кімнаті, де з дитиною присутній лише психолог, який ставить запитання у формі, адаптованій до вікових та емоційних особливостей дитини. Для цього психолог використовує спеціальні інструменти, зокрема анатомічні ляльки, олівці, пластилін, які допомагають дитині в ігровій формі описати, що з нею сталося [1]. Центр «Барнахус» є важливим елементом системи захисту прав дитини, який дозволяє проводити правові процедури з урахуванням найкращих інтересів дитини.

Притулок для осіб, які постраждали від домашнього та/або гендерно зумовленого насильства, розпочав свою роботу в Миколаєві у 2024 році та став важливим елементом системи захисту постраждалих. Шелтер створено як безпечне тимчасове місце перебування, де люди, які пережили насильство, можуть відновити почуття безпеки та отримати всебічну підтримку. У притулку забезпечено всі необхідні умови для комфортного проживання: зручні спальні місця, ванні кімнати, кухня, пральня та сушильна техніка, а також ігрова кімната для дітей, що

дозволяє забезпечити не лише базові побутові потреби, а й психологічний комфорт [6]. Крім того, мешканці притулку мають доступ до комплексу соціальних послуг, серед яких – психологічне консультування, інформування про права та можливості, переправлення до інших спеціалізованих установ, а також екстрене та кризове втручання. Завдяки мультидисциплінарному підходу, притулок сприяє стабілізації емоційного стану постраждалих та підтримує їх у подоланні наслідків пережитого насильства, спрямовуючи зусилля на повернення до самостійного, безпечного життя [3].

Домашнє та насильство за ознакою статі в Україні залишається серйозною соціальною проблемою, яка потребує всебічної та скоординованої відповіді на державному та місцевому рівнях. Досвід Миколаївського міського центру соціальних служб свідчить про важливість комплексного підходу до підтримки постраждалих: від оперативного реагування мобільних бригад до надання довгострокової психологічної, соціальної та правової допомоги в денних центрах та притулках. Особливе значення має міжвідомча взаємодія та мультидисциплінарна співпраця фахівців, що дозволяє не лише ефективно реагувати на випадки насильства, а й сприяти реінтеграції постраждалих у безпечне соціальне середовище. Подальше вдосконалення цієї системи, зокрема шляхом підвищення обізнаності населення, зміцнення матеріально-технічної бази закладів та розширення доступу до послуг, є ключовим чинником у протидії насильству та захисті прав людини в Україні.

References

1. HealthRight International. (n.d.). *HealthRight dopomahaie perezhyvshym nasytstvo otrymaty zakhyst ta pidtrymku* [HealthRight helps survivors of violence receive protection and support]. Retrieved from: <https://www.healthright.org.ua/news-by-hr/healthright-334/> [in Ukrainian]
2. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2019). *Pro zatverdzhennia Derzhavnoi sotsialnoi prohramy zapobihannia ta protydii domashnomu nasytstvu ta nasytstvu za znakoii stati na period do 2023 roku* [On approval of the State Social Program for Prevention and Counteraction to Domestic Violence and Gender-Based Violence for the Period Until 2023] (Postanova № 824). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/824-2019-%D0%BF#Text> [in Ukrainian]
3. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2018). *Pro zatverdzhennia Poriadku vzaiemodii subiektiv, shcho zdiisniuiut zakhody u sferi zapobihannia ta protydii domashnomu nasytstvu i/abo nasytstvu za znakoii stati* [On approval of the Procedure for Interaction of Entities Implementing Measures in the Field of Prevention and Counteraction to Domestic and/or Gender-Based Violence] (Postanova № 655). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/655-2018-%D0%BF#Text> [in Ukrainian]
4. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2018). *Pro zatverdzhennia Typovoho polozhennia pro mobilnu bryhadu sotsialno-psykholohichnoi dopomohy osobam, yaki postrazhdaly vid domashnoho nasytstva ta/abo nasytstva za znakoii stati* [On approval of the Model Provision on the Mobile Team of Social and Psychological Assistance to Persons Affected by Domestic and/or Gender-Based Violence] (Postanova № 658). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/658-2018-%D0%BF#Text> [in Ukrainian]
5. Mobilna bryhada sotsialno-psykholohichnoi dopomohy [Mobile team of social and psychological assistance]. (n.d.). Retrieved from: http://ocss.mk.ua/mobilna_brigada_sotsialno_psihologichnoji_dopomogi [in Ukrainian]
6. Saspilne Mykolaiv. (2024). *Ubezpechyty zhyttia i zdorovia: u Mykolaievi vidkryly prytulok dlia liudei, yaki perezhyly nasytstvo* [To ensure life and health: a shelter was opened in Mykolaiv for people who have experienced violence]. Retrieved from: <https://suspilne.media/mykolaiv/718540-ubezpeciti-zitta-i-zdorova-u-mikolaievi-vidkrili-pritulok-dla-liudej-aki-perezili-nasiltstvo/> [in Ukrainian]
7. UNFPA Ukraine. (2023). *U Mykolaievi vidkryvsia denni tsentr sotsialno-psykholohichnoi pidtrymky postrazhdalikh vid nasytstva* [A day center for social and psychological support of victims of violence was opened in Mykolaiv]. Retrieved from: <https://ukraine.unfpa.org/uk/news> [in Ukrainian]
8. Velychko, V. (2024). *Kilkist vypadkiv domashnoho nasytstva zrosla na 20% – MVS ta parlament pratsiuiut nad posylenniam vidpovidalnosti* [The number of domestic violence cases increased by 20% – the Ministry of Internal Affairs and the Parliament are working on strengthening responsibility]. Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua/news/kilkist-vypadkiv-domashnoho-nasytstva-zrosla-na-20-mvs-ta-parlament-pratsiuiut-nad-posylenniam-vidpovidalnosti> [in Ukrainian]
9. Yatsenko, O. (2024). *Domashnie nasytstvo na Mykolaivshchyni: statystyka ta detali* [Domestic violence in Mykolaiv region: statistics and details]. Retrieved from: <https://nikvesti.com/news/incidents/293812-domashnie-nasytstvo-na-mykolaivshchyni-statystyka-ta-detali> [in Ukrainian]

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.29

Olena Faichuk
Yelyzaveta Titova

THE EXPERIENCE OF SPECIALISED SUPPORT SERVICES FOR VICTIMS OF DOMESTIC AND GENDER-BASED VIOLENCE (BASED ON THE EXAMPLE OF THE MYKOLAIV CITY CENTRE OF SOCIAL SERVICES)

The thesis analyses the practical experience of specialised support services for survivors of domestic and gender-based violence on the example of the Mykolaiv City Centre for Social Services. Specialised support services are characterised by an integrated approach and interagency cooperation. Particular attention is paid to creating a safe environment for victims of violence, ensuring their protection and integration into the process of their social and psychological rehabilitation.

Keywords: domestic violence, gender-based violence, specialised services, centre of social services.

Відомості про автора / Information about the Author

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Єлизавета Тітова, магістр спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: et71149@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0007-3378-6045>

Yelyzaveta Titova, Master of Social Work, Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: et71149@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0007-3378-6045>

© О. Файчук, Є. Тітова

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.30

Олена Файчук
Альона Черевата

ТРАДИЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СЛУЖІННЯ В УКРАЇНІ: ІСТОРИКО-КУЛЬТУРНИЙ АНАЛІЗ

Тези представляють розгляд соціального служіння та важливість його ролі у підтримці людей, які знаходяться в складних життєвих обставинах. У роботі розглянуто поняття соціального служіння та зародження цього явища. У контексті дослідження розкрито значення соціального служіння як дієвого механізму підтримки населення в умовах соціальних трансформацій, криз і гуманітарних катастроф. Автори наголошують на важливості врахування історичного досвіду для ефективного формування сучасної системи соціальної допомоги.

Ключові слова: соціальне служіння, складні життєві обставини, церква, монастир, Карітас, благодійна організація.

В епоху викликів, безперервних трансформацій у суспільстві та економіці, соціальне служіння відіграє ключову роль у наданні дієвої допомоги та підтримки тим, хто опинився у важких життєвих ситуаціях. Соціальне служіння має важливе значення для глибокого розуміння, як на практичному, так і на теоретичному рівні, процесів, що відбуваються у суспільстві. Фактор соціального служіння також впливає на формування та процес надання допомоги тим, хто її потребує. Аналіз підходів та стратегій підтримки вразливих груп населення дає змогу адаптувати успішні практики та приймати ефективні рішення для покращення соціальної допомоги в сучасному світі. Дослідження дозволяє уникнути повторення помилок минулого, які ускладнювали ситуацію. Крім того, вивчення історії розвитку соціального служіння дає можливість ознайомитися з формами надання допомоги та підтримки вразливим групам населення у різні періоди розвитку людства.

Соціальне служіння – діяльність, яка спрямована на підтримку людей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Соціальне служіння — це суспільна, добровільна, соціально значима діяльність, яка включає весь спектр соціальної активності: волонтерську допомогу, благодійність, організовані форми надання соціальних послуг [8]. Ще задовго до формування державної соціальної політики та системи соціального захисту, допомога нужденним здійснювалась за допомогою перших форм соціального служіння – благодійність та допомога, яку надавали церкви та монастирі. Соціальне служіння виникла як явище, коли почало значно збільшуватись кількість людей, які відносились до вразливих верств населення та мали потреби.

Етапами розвитку соціального служіння в Україні:

- Від 988 року – до XVIII ст. – соціальне служіння починало від церковного благодійництва і це було головним носієм допомоги нужденним [5]. З того моменту починають з'являтися відповідні закони, які регулюють підтримку та допомоги різним категоріям населення. З'являються й інші постаті, що надають допомогу: князь, церква, парафія, монастирі. Також закріплюються ключові напрями діяльності: князівська та церковно-монастирська підтримка, парафіяльна благодійність, подавання милостині [3].

- XVIII – XIX ст. – в цей період починається активно розвиватися громадські та філантропічні ініціативи;
- XX ст. – соціальне служіння починає відбуватися через державну взаємодію, співпрацюючи з різними організаціями соціального захисту [5].

Соціальне служіння дуже тісно переплітається з початком розвитку соціальної роботи, адже на основі історичних етапів соціальної роботи можна прослідкувати безперервність і розвиток соціального служіння як окремої форми допомоги.

У статті Ломачинської І. М., Дейнега Є. О., Ужва В.О. «Місія соціального служіння у богословському освітньому дискурсі» [4] автори відзначають, що релігійні організації активно долучаються до розв'язання проблем вразливих категорій населення. Вони ініціюють діяльність, спрямовану на допомогу нужденним:

створюють пункти безкоштовного харчування та обігріву, організовують літній відпочинок для дітей із малозабезпечених сімей, дітей-сиріт і дітей з інвалідністю, надають гуманітарну допомогу інтернатним закладам. При храмах і монастирях також відкриваються школи для сиріт. Крім того, релігійні структури беруть участь у соціально-психологічній підтримці осіб із залежностями, хворих на ВІЛ/СНІД, а також здійснюють духовну опіку осіб, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі. Тож можемо побачити, що релігійні організації беруть активну роль у сучасних формах соціального захисту – опіка нужденних, добродійність, волонтерство, меценатство тощо.

Соціальне служіння – це не тільки про релігійні ініціативи, а також це про благодійні організації, волонтерство та діяльність міжнародних структур:

1) Благодійний фонд «Острів надії», який займається наданням соціальної допомоги ще з 2013 року. Фонд надає гуманітарну, емоційну, соціальну підтримку нужденним та співпрацюють з іншими благодійними організаціями [6].

2) Міжнародний благодійний фонд «Дар життя», який заснований в Україні ще у 1992 році. Фонд є неприбутковою, неурядовою, благодійною організацією і надає медичні та стоматологічні послуги, підтримують та навчають вагітних жінок, проводять просвітницьку роботу серед молоді [2].

3) Благодійна організація «Карітас Україна», яка входить до однієї з найбільших міжнародних благодійних організацій у світі та Європі. «Карітас Україна» надає допомогу потребуючим незалежно від віросповідання, національності або соціального статусу [1].

4) Товариство Червоного Хреста України – велика гуманітарна організація. Червоний Хрест надає допомогу людям, які входять до найбільш вразливих верств населення. Гуманітарна організація надає психологічну, медичну та гуманітарну допомогу, а також співпрацюють з державними структурами [8].

Всі ці благодійні, гуманітарні, міжнародні організації та фонди працюють задля однієї мети – підтримати людей, які знаходяться в складних життєвих обставинах.

Соціальне служіння має вагомий роль під час початку війни з 2014 року та з початку повномасштабного вторгнення 2022 році. Церкви надали посильну підтримку малозабезпеченим, людям, які постраждали від воєнних дій, ВПО, безробітним підтримку у вигляді надання гуманітарної допомоги, надання притулку, грошової допомоги тощо. У контексті соціального служіння не можна не згадати міжнародну благодійну організацію «Карітас», яка діє в Україні і з початку вторгнення російського війська підтримує громадян України. Вони зробили свій вагомий внесок і акцентували увагу на підтримці людей, які постраждали від наслідків воєнних дій, на наявну гуманітарну проблематику, а також на підтримку людей, які виїхали з небезпечних місць [1]. Карітас України є однією з найбільших мереж благодійних організацій в Україні, що діє під егідою Української Греко-Католицької Церкви та входить до міжнародної конфедерації Caritas Internationalis. Її діяльність є яскравим прикладом інституціоналізованого соціального служіння, в основі якого лежать принципи християнської етики, солідарності та захисту людської гідності.

Основні напрями діяльності Карітасу охоплюють широкий спектр соціальних послуг:

- Допомога внутрішньо переміщеним особам: організація забезпечує гуманітарну підтримку, тимчасове житло, правову консультацію та психологічну допомогу для осіб, постраждалих внаслідок війни;
- Підтримка вразливих груп населення: зокрема дітей, осіб з інвалідністю, літніх людей, багатодітних сімей та бездомних;
- Освітні та інтеграційні програми: реалізуються програми з неформальної освіти, професійної орієнтації, соціального підприємництва та адаптації молоді;
- Медико-соціальний супровід: організація впроваджує програми паліативної допомоги, догляду вдома та медичної підтримки для маломобільних осіб [1].

Діяльність Карітасу України є унікальним поєднанням духовного покликання Церкви до милосердя та сучасних методів соціальної роботи. Організація не лише реагує на кризові ситуації, але й системно працює над подоланням структурної бідності, соціального відчуження та порушень прав людини. Таким чином, Карітас України виступає важливим суб'єктом соціального служіння в Україні, забезпечуючи комплексну підтримку нужденним відповідно до принципів соціальної справедливості, гуманізму та міжконфесійного співробітництва.

Таким чином, на основі перегляду історичного розвитку соціального служіння ми можемо підсумувати, що соціальне служіння робило свій вагомий внесок протягом століть та підтримувала вразливих верств населення. У сучасності проблеми та виклики з якими стикаються люди не зменшились і за допомогою соціального служіння, дає підтримку людям, які цього потребують.

References

1. Caritas Ukraine. (n.d.). *Official website of the charitable organization*. Retrieved from: <https://caritas.ua/>

2. Dar zhyttia. (n.d.). *Official website of the international charitable foundation*. Retrieved from: <http://www.giftoflife.org.ua/us/>.
3. Kravchenko, O. O., & Matros, O. O. (Eds.). (2017). *Istoriia sotsialnoi roboty: Navchalnyi posibnyk* [History of social work: A textbook]. Uman: RVC "Vizavi".
4. Lomachynska, I. M., Deineha, Y. O., & Uzhva, V. O. (2021). The mission of social service in the theological educational discourse. *Osvitnii Dyskurs*, 38(11–12), 85–95.
5. Morgai, L. (2019). The history of the development of social work in Ukraine. *Sotsialna Robota ta Sotsialna Osvita* [Social Work and Social Education]. Retrieved from: <http://srso.udpu.edu.ua/article/view/158414>
6. Ostriv nadii. (n.d.). *Official website of the charitable foundation*. Retrieved from: <https://hope-n.pp.ua/>
7. *Synodalnyi viddil sotsialnoho sluzhinnia ta blahodiinosti PTSU* [Synodal Department of Social Ministry and Charity of the OCU]. Retrieved from: <https://diaconia.com.ua/synodalnyi-viddil/>
8. Ukrainian Red Cross Society. (n.d.). *Official website of the humanitarian organization*. Retrieved from: <https://redcross.org.ua/>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.30

Olena Faichuk
Alona Cherevata

TRADITIONS OF SOCIAL SERVICE IN UKRAINE: A HISTORICAL AND CULTURAL ANALYSIS

The thesis presents a consideration of social service and the importance of its role in supporting people in difficult life circumstances. The paper examines the concept of social service and the origins of this phenomenon. In the context of the study, the importance of social service as an effective mechanism for supporting the population in the context of social transformations, crises and humanitarian disasters is revealed. The authors emphasise the importance of taking into account historical experience for the effective formation of a modern social assistance system.

Key words: social ministry, difficult life circumstances, church, monastery, Caritas, charitable organization.

Відомість про автора/ Information about Authors

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Альона Черевата, студентка п'ятого курсу другого (магістерського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: cherevataya2002@gmail.com

Alona Cherevata is a fifth-year student of the second (master's) educational level of higher education majoring in Social Work the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: cherevataya2002@gmail.com

© О. Файчук, А. Черевата

Стаття отримана редакцією 29.05.2025.

DOI 10.34132.mspsc2025.01.08.31

Олена Файчук,
Маргарита Шумілова

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗЛУЧЕННЯ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

У тезах розглядається розлучення як складна соціально-психологічна проблема сучасного суспільства. Проаналізовано основні причини розриву шлюбів, зокрема економічні труднощі, психологічну несумісність, зради та насильство. Особлива увага приділена впливу розлучення на психічний стан подружжя та дітей, гендерним відмінностям у переживанні цього процесу. Наводяться статистичні дані та думки фахівців. Окреслено можливі шляхи подолання негативних наслідків через впровадження психологічної підтримки, медіації та формування культури здорових сімейних відносин.

Ключові слова: розлучення, сім'я, діти, причини розлучень, психологічна допомога.

Розлучення як соціально-психологічна проблема набуває дедалі більшого значення у сучасному суспільстві. Сім'я традиційно вважається основним осередком соціалізації, психологічного захисту та стабільності особистості. Проте в останні десятиліття спостерігається зростання кількості розлучень, що відображає зміни у соціальних установках, економічній ситуації, культурних нормах і очікуваннях від шлюбу. Особливо гострою проблема розлучень є в сучасній Україні в роки війни. Війна суттєво змінює функціонування всіх соціальних інститутів, зокрема – сім'ї. У цей період зростає психологічне навантаження, з'являються нові ролі та обов'язки, відбувається переосмислення цінностей. Це неминуче впливає на стабільність подружніх стосунків.

За даними Державної служби статистики України, у 2023 році на кожні 100 укладених шлюбів припадало понад 50 розлучень. Тоді як у 2024 році українці уклали 150,2 тисячі шлюбів, а кількість розлучень сягнула аж 141,8 тисячі [1]. Це свідчить про суттєву кризу інституту сім'ї. Всесвітня організація охорони здоров'я також зазначає, що негативні наслідки розлучень позначаються не лише на психічному здоров'ї партнерів, а й на добробуті дітей, їхній адаптації в суспільстві [2].

Серед основних причин розлучень виділяють економічні труднощі, психологічну несумісність, зради, залежності, насильство в сім'ї, втрату емоційного зв'язку. Згідно з дослідженням Інституту демографії НАН України, найбільш поширеними причинами розлучень у 2022 році були: відсутність взаєморозуміння (38%), зрада одного з подружжя (24%), матеріальні труднощі (18%), психологічне або фізичне насильство (11%) [3]. Є ознаки, що під час війни збільшується кількість розлучень, спричинених: довготривалою розлукою (через мобілізацію, евакуацію); зниженням рівня матеріального забезпечення; психологічною травматизацією; зміною життєвих пріоритетів.

Досліджуючи динаміку подружніх стосунків, Дж. Готтман, виділив так звані «чотири вершники апокаліпсису» – термін, який позначає моделі поведінки, що з великою вірогідністю передбачають розпад стосунків: критика, зневага, захисна позиція і відгородження. Нездатність ефективно спілкуватися, слухати партнера та висловлювати свої потреби призводить до накопичення конфліктів, що зрештою призводять до розриву [4]. Критика, на думку дослідника, проявляється як скарга на конкретну поведінку партнера, його особистість чи характер в цілому, підриваючи довіру партнерів. Зневага виражається в сарказмі, насмішках, зверхності, образах, приниженні партнера. Захисна позиція – це спроба уникнути відповідальності, перевести провину на іншого та часто призводить до ескалації конфлікту. Відгородження або ігнорування являє собою емоційне «відклучення» від взаємодії з партнером, що призводить до ще більшого відчуження.

Розлучення є глибоко травматичним досвідом. Воно супроводжується почуттям втрати, зради, провини, тривоги та самотності. Психологи підкреслюють, що процес розлучення часто проходить у кілька стадій: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття [5]. У кожного ці етапи можуть мати різну тривалість та інтенсивність. Це спостереження базується на моделі психологічних стадій переживання втрати, яка була адаптована й до проблематики розлучення. Найчастіше вона асоціюється з моделлю Елізабет Кюблер-Росс, яка

описала 5 стадій горювання. Хоча спочатку вона стосувалася реакції на смерть, сьогодні її часто застосовують до будь-яких глибоких емоційних втрат, зокрема – розлучення. Заперечення під час переживання розлучення проявляється в тому, що особа не може або не хоче повірити, що шлюб закінчився, продовжуючи жити з надією, що ситуація зміниться або «все налагодиться». Гнів передбачає вивільнення емоцій, частого звинувачення себе або партнера, загострення конфліктів, прояви агресії. Торг насичений пошуками компромісів або спроб укладання «угод», намаганнями повернути стосунки. Депресія передбачає усвідомлення втрати, що супроводжується почуттям безнадії, смутку, апатії. Це найбільш емоційно болісна стадія, але й важлива для прийняття реальності. Прийняття – стадія, на якій людина приймає нову реальність і починає будувати життя наново.

Особливо важливим є вплив розлучення на дітей. Вони часто опиняються між двома конфліктуючими сторонами, не розуміють причин подій і несуть емоційний тягар дорослих. Згідно з даними ЮНІСЕФ, діти, які пережили розлучення батьків, на 20–30% частіше стикаються з проблемами у навчанні та поведінці. У них спостерігається підвищений рівень тривожності, замкненість, або навпаки – агресивність [6]. Основні аспекти впливу розлучення на дітей включають: емоційну нестабільність (діти можуть відчувати провину, страх, гнів або плутанину, звинувачення себе в розлученні батьків), зміна звичного способу життя (переїзд, зміна школи, розлука з одним із батьків, нові умови проживання), вплив на соціальні зв'язки (втрата контакту з одним із батьків, родичами, спільними друзями родини), погіршення шкільної успішності тощо.

Гендерні аспекти процесу розлучення також мають значення. Жінки частіше стають ініціаторками розлучень, особливо у випадках домашнього насильства, проте вони також частіше залишаються з дітьми й переживають фінансові труднощі. Під час війни ситуація може змінюватися: жінки, залишені з дітьми на самоті, беруть на себе більше відповідальності та можуть переосмислювати потребу в збереженні шлюбу. Чоловіки ж частіше страждають від соціальної ізоляції після розлучення, втрачають щоденний контакт з дітьми, що негативно впливає на їхній емоційний стан. Також, жінки зазвичай більше страждають економічно після розлучення через менший дохід, нерівний розподіл майна, утримання дітей. Тоді як чоловіки можуть втрачати частину доходу на аліменти, частіше зберігають стабільніший матеріальний стан. Різняться також ставлення в суспільстві до колишніх членів після розлучення: жінки частіше страждають від осуду та стигматизації, чоловіки з рідше стикаються з засудженням.

Для пом'якшення наслідків розлучення та зниження його частоти важливо впроваджувати комплексні заходи. До них належить розвиток служби медіації, консультації із сімейними психологами, освітні програми для молоді з теми «здорові стосунки», популяризація психологічної допомоги. У країнах Скандинавії, наприклад, держава фінансує обов'язкове консультування пар перед подачею на розлучення, що дозволяє зберегти до 20% шлюбів.

Також важливо на державному рівні формувати культуру сімейних цінностей, проводити інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення відповідальності у створенні сім'ї. У системі освіти варто запроваджувати курси з емоційної грамотності, що формуватимуть у молоді вміння вирішувати конфлікти, будувати довірливі стосунки, взаємодіяти з партнером.

Таким чином, розлучення – це багатогранна проблема, яка торкається особистого, соціального, психологічного та державного рівнів. Для ефективного реагування на цю проблему необхідна співпраця між державними структурами, освітніми закладами, службами психологічної допомоги та самими громадянами. Лише комплексний підхід дозволить зменшити негативний вплив розлучень на окрему особу та суспільство в цілому.

References

1. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [State Statistics Service of Ukraine]. Retrieved from: www.ukrstat.gov.ua [in Ukrainian].
2. Dorosh, S. & Chervonenko, V. (2025). Chomu v Ukraini kilkist rozluchen nazdohaniaie odruzhennia [Why the number of divorces in Ukraine is catching up with marriages]. Retrieved from: <https://www.bbc.com/ukrainian/articles/c15zx1d4v2ko> [in Ukrainian].
3. Instytut demografii ta sotsialnykh doslidzhen im. M. V. Ptukhy NAN Ukrainy. [M. V. Ptukha Institute of Demography and Social Research of the National Academy of Sciences of Ukraine]. - Retrieved from: <https://idss.org.ua/index> [in Ukrainian].
4. Gottman, J. (1999). The Seven Principles for Making Marriage Work. Retrieved from: https://relationshipinstitute.com.au/uploads/resources/the_seven_principles_for_making_marriage_work_summary.pdf
5. Kubler-Ross, E. & Kessler, D. Five Stages of grief. Retrieved from: <https://grief.com/images/pdf/5%20Stages%20of%20Grief.pdf>
6. Divorce and the voice of the child. Retrieved from: <https://www.unicef.org/serbia/en/stories/divorce-and-voice-child>

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIVORCE IN MODERN SOCIETY

The theses consider divorce as a complex socio-psychological problem of modern society. The main causes of marriage breakdown are analyzed, in particular economic difficulties, psychological incompatibility, betrayal and violence. Particular attention is paid to the impact of divorce on the mental state of spouses and children, gender differences in the experience of this process. Statistical data, research results and expert opinions are provided. Possible ways of overcoming negative consequences through the introduction of psychological support, mediation and the formation of a culture of healthy family relationships are outlined.

Keywords: divorce, family, children, causes of divorce, psychological assistance.

Відомості про авторів / Information about Authors

Олена Файчук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Olena Faichuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: e.l.fajchuk@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0001-8889-0455>.

Маргарита Шумілова, студентка другого курсу першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: ritasumilova5@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3333-0362>

Margarita Shumilova, second-year student of the first (bachelor's) level of higher education, specialty "Social Work", Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy, Educational and Research Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: ritasumilova5@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3333-0362>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.32

Юрій Фролов
Андрій Горбань

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Тези представляють теоретико-методологічний аналіз сучасного стану медичної освіти на прикладі одного з напрямків цієї освіти – симуляційних методів навчання студентів медичного інституту. В основу аналізу покладені Стандарти вищої освіти другого (магістерського) рівня, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 222 Медицина. Обґрунтовано напрями вдосконалення та значного підвищення ефективності, якості навчального процесу, можливість відпрацювання практичних навичок ще до діяльності у реальних умовах лікувального закладу. Виявлення тенденцій та особливостей роботи симуляційних центрів на прикладі роботи центру симуляційних методів навчання медичного інституту ЧНУ імені Петра Могили.

Ключові слова: симуляційні методи навчання, симуляційні технології, підвищення ефективності, якості навчального процесу, дебрифінг, клінічне моделювання.

Вибраний шлях інтеграції України до ЄС дав поштовх до трансформування сфери охорони здоров'я України, але тільки зміна фінансування зі структурою системи, як головні критерії реформування, не ефективні без реформування вищої освіти. На сьогодні існує потреба у синхронізації процесів, пов'язаних із проведенням багатьох реформ у сфері охорони здоров'я України, та в змінах у системі підготовки медичних працівників, що дасть змогу забезпечити поліпшення якості лікування та медичного догляду пацієнтів. Завданням медичної освіти є забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Життя та здоров'я пацієнта повинні бути основними людськими та професійними цінностями медичних працівників. Результатом реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні стане підвищення якості та конкурентоспроможності медичної освіти, підвищенню якості надання медичних послуг населенню [1].

Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 222 Медицина, підкреслює необхідність володіння методами, методиками та технологіями, а саме: анамнестичні, клінічні, лабораторні, інструментальні методи провадження діагностичного процесу, визначення провідних симптомів та синдромів, визначення попереднього та клінічного діагнозу. Технології діагностики, лікування та профілактики, управління та організації роботи в галузі охорони здоров'я. Інструменти та обладнання: сучасні діагностичні, лікувальні та інші пристрої, предмети та прилади, що застосовуються у професійній діяльності [2]. Але володіння цими методами, методиками та технологіями неможливе без залучення симуляційних методів навчання. Виходячи з цього, створювались симуляційні центри, які можна охарактеризувати як структурну частину навчального закладу, де у процесі навчання імітується проведення медичної маніпуляції чи відпрацювання реальної клінічної ситуації. Але і сьогодні все ще можна чути думку, що простіше мати це обладнання на кожній зацікавленій кафедрі, а не концентрувати все в одному місці. Здавалося б, це логічна думка, але через дублювання симуляторів на кафедрах ця пропозиція стає економічно необґрунтованою.

Симуляційні технології широко використовують під час навчання студентів різних спеціальностей. Вони застосовуються під час навчання майбутніх пілотів авіації, судноводіїв, машиністів залізничного транспорту, також у військовій справі. В останнє десятиліття симуляційне навчання набуло значного поширення в медицині, при підготовці студентів – медиків та лікарів, що підвищують свою кваліфікацію на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти. Для цього у навчальному процесі використовуються віртуальні симулятори, тренажери, муляжі, моделі, що дає можливість моделювати клінічні ситуації або виконувати низку маніпуляцій: внутрішньовенні, внутрішньом'язові, внутрішньокісткові ін'єкції та катетеризації. Само поняття симуляція можна визначити як переміщення студента у «імітаційну реальність» з метою виконання конкретного завдання. Сучасна медична освіта неможлива без широкого застосування симуляційних технологій. Використання симуляційних технологій значно підвищує ефективність та якість

навчального процесу, дає можливість відпрацювати практичні навички ще до діяльності у реальних умовах лікувального закладу. Коли ми ставимо перед собою завдання інтегруватися до міжнародної системи освіти, обов'язковою умовою буде забезпечення якісної підготовки фахівців системи охорони здоров'я, що в результаті значно підвищить конкурентоспроможність медичної освіти України. Однією з основних умов вирішення цього завдання є широке впровадження симуляційних методів навчання на рівнях відпрацювання простих маніпуляцій до роботи з електронним симулятором пацієнта, віртуальними симуляторами, колективною роботою студентів (курсантів) при відпрацюванні складних клінічних завдань при постановці діагнозу, визначення необхідного обсягу досліджень.

В Україні є вже достатньо досвіду щодо впровадження нових імітаційних технологій у медичній освіті. Так, у 2014 році на базі Одеського національного медичного університету відкрився навчальний центр практичної підготовки лікарів. На базі всіх медичних ВНЗ України та клінік систематично відкриваються все нові класи для навчання студентів за допомогою імітаційних технологій. Добре відома активна діяльність в цьому напрямку Тернопільського та Вінницького медичних ВНЗ. У 2021 році було створено Центр симуляційних методів навчання медичного інституту ЧНУ імені Петра Могили. Центр створено з метою впровадження симуляційних методів навчання в освітній процес за сучасними світовими практиками та забезпечення максимальної безпеки пацієнтів і лікарів при навчанні, відпрацюванні та виконанні інвазивних лікувально-діагностичних процедур.

Головним завданням Центру є організація та забезпечення навчальної та навчально-методичної роботи зі здобувачами вищої медичної освіти, лікарями-інтернами, з післядипломної підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою. Також навчання інших працівників сфери охорони здоров'я, парамедиків та представників соціальних служб та впровадження інноваційних освітніх технологій в медичне навчання з метою оволодіння та відпрацювання практичних навичок надання медичної допомоги населенню та забезпечення максимальної безпеки пацієнтів [3]. При навчанні студентів на базі навчально-наукового центру симуляційних методів навчання медичного інституту ЧНУ імені Петра Могили велику увагу приділяють відпрацюванню навиків надання невідкладної допомоги. Для чого центр має необхідні симулятори для проведення серцево-легеневої реанімації, усунення пневмотораксу та іншого обладнання, що дає можливість студенту освоїти прийоми надання невідкладної лікарської допомоги. Використання високотехнологічних віртуальних медичних тренажерів (дорослої людини та підлітка SimMan ALS), які відповідають сучасним вимогам симуляційного навчання та дають змогу викладачеві у реальному часі моделювати різні клінічні екстремальні стани пацієнта, вводити інформацію про зміни стану пацієнта. Заняття на спеціальних тренажерах дозволяють студентам відпрацювати базові діагностичні та лікувальні маніпуляції, злагоджену роботу в команді, прийняття відповідних рішень при зміні стану пацієнта, визначити необхідний обсяг клінічних та біохімічних досліджень.

У процесі навчання з використанням високотехнологічних віртуальних медичних тренажерів можна виокремити три етапи:

1. Брифінг. Постановка завдання та формування команди з розподілом ролей студентів. На цьому етапі викладач описує клінічний випадок пацієнта, який поступає до приймального відділення, його стан, попередній діагноз швидкої допомоги. Розподіляє ролі лікарів – спеціалістів між студентами.

2. Виконання завдання, робота студентської бригади лікарів з медичним тренажером. Студенти оцінюють стан пацієнта, проводять огляд, встановлюють попередній діагноз, визначають необхідне лікування та обстеження. У цьому етапі викладач може ускладнити стан пацієнта (зупинка дихання, серця, кровотеча та ін.).

3. Дебрифінг. Участь всіх студентів та викладача в обговоренні проведених дій «бригади лікарів», звертання уваги на зроблені недоліки та помилки, обговорення набутого досвіду.

Дебрифінг (англ. Debriefing – «підбиття підсумків», в даному випадку знань з учасників ігрової взаємодії) – подальший за виконанням симуляційної вправи розбір, аналіз плюсів та мінусів дій тих, хто навчається та обговорення набутого ними досвіду. Цей вид діяльності активує рефлексивне мислення у студентів-медиків, забезпечує зворотний зв'язок для оцінки якості виконання симуляційного завдання, закріплення отриманих навичок та знань [4]. Педагог частіше виступає лише в ролі організатора процесу навчання, лідера групи, фасилітатора, творця умов для ініціативи студентів. Тому саме завдяки дебрифінгу симуляції досвід перетворюється в усвідомлену практику, яка допоможе тому, якого навчають підготуватися як емоційно, так і фізично до майбутньої професійної діяльності.

Вивчаючи закордонний досвід викладання у вищих навчальних закладах, привертає увагу робота Едгара Дейла. Ще наприкінці 60-х років XX століття професор Державного університету штату Огайо, Едгар Дейл, експериментував із різними способами подачі матеріалу. Після цього дивився, що через два тижні залишилося в студентських головах. Результати він оформив у вигляді картинки, яку назвав «Конус досвіду Дейла». До кінця 70-х років XX століття у Національній тренінговій лабораторії США на основі «конуса навчання» була розроблена

нова графічна версія впливу методів навчання на ступінь засвоєння матеріалу, що отримала назву «Піраміда навчання» (рис. 1), яка показує, що чим активніше людина бере участь у навчанні – обговорює, робить, вчить інших – тим краще вона засвоює матеріал [5].



Рис. 1. «Піраміда навчання»

Грунтуючись на даних «піраміди навчання» та досвіду роботи Навчально-наукового центру симуляційних методів навчання, можна зробити висновки:

1. Сучасна медична освіта не можлива без широкого застосування симуляційних технологій.
2. Використання симуляційних технологій значно підвищує ефективність та якість навчального процесу, дає можливість відпрацювати практичні навички ще до діяльності у реальних умовах лікувального закладу.
3. Під час роботи з симуляторами здобувачами вищої освіти відпрацьовуються не тільки практичні навички, а й уміння працювати та спілкуватись з колегами у колективі, що особливо важливо під час роботи у екстремальних ситуаціях.
4. Робота із симуляторами дає змогу розвивати клінічне мислення та приймати обґрунтовані рішення.
5. Студенти – медики які пройшли симуляційне навчання більше впевнені у своїх діях при роботі в умовах лікувального закладу.

References

1. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine On approval of the Strategy for the Development of Medical Education in Ukraine dated February 27, 2019 No. 95-г Kyiv. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#Text> [in Ukrainian]
2. Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated November 8, 2021 No. 1197. “Standard of Higher Education of the Second (Master’s) Level, Field of Knowledge 22 Healthcare, Specialty 222 Medicine” [in Ukrainian].
3. Regulations on the Center for Simulation Methods of Education of the Medical Institute of Petro Mohyla Black Sea National University [in Ukrainian]
4. Lucas Opitz "Effective simulation training: how can we help?" Report at the international conference "Simulation training in medicine" Kyiv, March 19 - 20, 2015 [in Ukrainian].
5. Andrew Goncharov “What is the Learning Pyramid and Its Influence” July 23, 2024
6. Bestclevers LMS <https://www.bestcleverslms.com/piznavalne/> [in Ukrainian]

USE OF SIMULATION TECHNOLOGIES DURING THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS

The theses present a theoretical and methodological analysis of the current state of medical education using the example of one of the areas of this education - simulation methods of teaching students of a medical institute. The analysis is based on the Standards of Higher Education of the Second (Master's) Level, field of knowledge 22 Health Care, specialty 222 Medicine. The directions of improvement and significant increase in the efficiency and quality of the educational process, the possibility of practicing practical skills even before working in real conditions of a medical institution are substantiated. Identification of trends and features of the work of simulation centers using the example of the work of the center of simulation methods of teaching at the Medical Institute of the Petro Mohyla National University.

Keywords: simulation training methods, simulation technologies, improving efficiency, quality of the educational process, debriefing, clinical modeling.

Відомості про автора / Information about the Author

Юрій Фролов, доктор філософії з управління, Заслужений лікар України, старший викладач кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна. E-mail: fregat11@gmail.com, orcid: <https://org/0009-0000-9959-1725>.

Yuriy Frolov, PhD, Honored Doctor of Ukraine, Senior Lecturer, Department of Hygiene, Social Medicine, Public Health and Medical Informatics, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: fregat11@gmail.com, orcid: <https://org/0009-0000-9959-1725>.

Андрій Горбань, доктор медичних наук, професор (б.в.з), в.о. завідувача кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна. E-mail: kaf42gigiena@chmnu.edu.ua, orcid: <https://org/0000-0002-3023-3505>

Andrii Horban, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Hygiene, Social Medicine, Public Health and Medical Informatics of the Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: kaf42gigiena@chmnu.edu.ua, orcid: <https://org/0000-0002-3023-3505>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.33

Лариса Чеботар
Олена Ларичева
Вікторія Пишченко

ВПЛИВ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ НА РІВЕНЬ ЗАХИСНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ ШЛУНКУ ЩУРІВ НА ТЛІ СВІТЛОВОГО ДЕСИНХРОЗУ

Тези присвячені вивченню впливу іммобілізаційного стресу на стан антиоксидантної системи захисту шлунку щурів на тлі різної функціональної активності епіфіза. Отримані результати свідчать, що за умови іммобілізаційного стресу на тлі гіпофункції епіфізу спостерігаються порушення ліпопероксидазного гомеостазу. При цьому активність ферментативної ланки антиоксидантного захисту змінюється неоднозначно. Так, активність супероксид дисмутази практично не змінюється ні при стресі, ні при стресі на фоні нестачі мелатоніну. Каталазна активність підвищується при стресі на фоні гіпофункції епіфізу, що свідчить про активацію цієї ланки антиоксидантної системи.

Ключові слова: мелатонін, епіфіз, антиоксиданти, іммобілізаційний стрес, шлунок.

Тісна взаємодія організму з навколишнім середовищем підтримується складною, самокерованою системою гомеостазу, здатною одночасно поєднувати і контролювати різноманітні функціональні процеси. Постійне зростання стресових впливів на людину, що призводить до розвитку різних патологічних процесів, актуалізує пошук засобів, що підвищують стійкість організму в екстремальних умовах. Одним із найважливіших механізмів обмеження інтенсивності стрес-реакції є активація центральних і локальних стреслімітуючих систем, що виникають у відповідь на стресовий вплив [5, 6].

Нині немає сумнівів щодо важливості ролі вільнорадикального окислення у реалізації відповіді організму на дію стресового чинника [2, 4].

Будь-який стресовий вплив на організм викликає дезорганізацію біологічних ритмів різного періоду. За участі шишкоподібної залози відбувається регуляція роботи внутрішніх органів відносно умов середовища [5]. Дія стресових чинників має відображення на рівні універсальної інтегральної системи організму «перекисне окислення ліпідів – антиоксиданти», зміни якої відображають стан організму в цілому.

Однак під дією екстремальних факторів різної природи в організмі посилюються окислювальні процеси, порушується збалансованість між прооксидантами та антиоксидантами, і, як наслідок, розвивається окислювальний стрес. Найбільш розвинена антиоксидантна система у клітинах, що більше піддаються окисненню.

На сьогодні встановлений тісний зв'язок компенсаторно-приспосувальних процесів, що забезпечують неспецифічну резистентність організму та стійкість його до різноманітних екстремальних впливів [2, 4, 5].

У зв'язку з цим вивчення механізму адаптаційних процесів, які відбуваються в організмі під впливом епіфізу, набуває свого значення. При цьому особливої уваги заслуговує гормон епіфізу – мелатонін, вплив якого відображає хід і ефективність адаптаційних процесів та пристосувальної можливості організму. Цікавим виявилися дані відносно фізіологічної ролі епіфізу. При цьому невелика кількість робіт присвячена саме вивченню гіпофункції епіфізу. Ці дані дали нам підставу для проведення експерименту, метою якого було вивчення стану системи антиоксидантного захисту шлунку щурів за умови гіпофункції епіфізу під впливом іммобілізаційного стресу.

Експериментальним матеріалом були щури самці лінії Wister середньою масою 260 г. Вибір щурів як об'єкта дослідження обумовлено тим, що ці тварини найчастіше використовуються для проведення медико-біологічного дослідження, у тому числі стану антиоксидантної системи організму.

Формат дослідження та експериментальні групи тварин формувались таким чином:

- перша група – (інтактні тварини) – утримувалися в стандартних умовах і не піддавалися жодному впливу;
- друга група – тварини, яких утримували в стандартних умовах й моделювали іммобілізаційний стрес на 30-ту добу;

– третя група – тварин цієї групи цілодобово витримували при світлі 1000–1500 ЛК (24:00 С) та моделювали іммобілізаційний стрес на 30-ту добу.

Усі етапи дослідження, маніпулятивні втручання та догляд за тваринами здійснювалися з дотриманням положень «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах», прийнятих VII Національним конгресом з біоетики у 2019 році [1], та відповідно до Порядку проведення експериментів і дослідів на тваринах науковими установами (2012) [7], Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для дослідних та інших наукових цілей (1986) [3].

На першому етапі в хронічному експерименті розвивали іммобілізаційний стрес шляхом обмеження рухливості тварин. Формували його шляхом щоденного поміщення тварин у тісні пенали об'ємом 42 см³, що обмежують рухливість тварин. Тривалість іммобілізації складала 1 годину (4 %) протягом 30 днів. На другому етапі досліджували вплив гормону шишкоподібної залози на стан прооксидантно-антиоксидантної системи шлунка в умовах іммобілізаційного стресу. Екзогенний мелатонін вводили перорально у дозі 1 мг/кг маси тіла [6].

Гіпофункцію епіфізу моделювали цілодобовим освітленням. Враховуючи, що мелатонін в епіфізі синтезується тільки в умовах темряви, можливо припустити, що ця модель частково відтворює гіпомелатоніємію. Відомо, що для білих щурів достатньо 0,0005 мВ/см² потужності світла, щоб знизити продукцію мелатоніну, але для деяких інших гризунів подібний ефект викликається потужністю світла більше 1850 мВ/см².

Для оцінки стану ферментів антиоксидантного захисту в шлунку визначали наступні показники: активність супероксид дисмутази (СОД), каталази.

Дослідження функціонального стану антиоксидантних ферментів у шлунку щурів на тлі розвитку іммобілізаційного стресу виявили зміни, які мали такий характер: у групі дослідних тварин «іммобілізаційний стрес» виявилось зростання на 28 % активності СОД у шлунку щурів. Активність каталази у шлунку щурів суттєво не змінила своїх значень у групах, де моделювали іммобілізаційний стрес по відношенню до інтактної групи. Активність ферментативної ланки антиоксидантної системи в тканинах експериментальних тварин показали наступні результати.

Супероксиддисмутазна активність у шлунку щурів збільшилася в 1,3 рази в порівнянні з інтактною групою. При цьому активність СОД в групі іммобілізаційний стрес + гіпофункції епіфізу більша за активність в групі з іммобілізаційним стресом на 8 %.

При цьому активність СОД у шлунку щурів в інтактній групі менша на 13,5 % ніж у групі іммобілізаційного стресу + гіпофункції епіфізу (різниця між вибірковими середніми невірогідна).

Активність каталази при іммобілізаційному стресі на тлі гіпофункції епіфізу на 11 % більша в порівнянні з активністю цього ферменту в інтактній групі (різниця між вибірковими середніми вірогідна на рівні значущості $p=0,001$).

Отримані результати свідчать, що за умови іммобілізаційного стресу на тлі гіпофункції епіфізу спостерігаються порушення ліпопероксидазного гомеостазу. Однак активність ферментативної ланки антиоксидантного захисту змінюється неоднозначно.

Таким чином, під впливом іммобілізаційного стресу на тлі розвитку гіпофункції епіфізу збільшується вміст продуктів перекисного окиснення ліпідів. Активність СОД практично не змінюється ani при стресі, ani при стресі на фоні нестачі мелатоніну. Каталазна активність підвищується при стресі на фоні гіпофункції епіфізу, що свідчить про активацію цієї ланки антиоксидантної системи.

References

1. VII Natsionalnyi konhres z bioetyky [VII National Congress on Bioethics]. Kyiv: NASU, NAMSU, MHU; Proceeding; 2019 Sept 30–Oct 2 [cited 2025 April 15]. Retrieved from: https://imtuik.org.ua/wp-content/uploads/instytut/nauka/forum/VII_natsionalny_konhres_z_bioetyky.pdf [in Ukrainian].
2. Denefil, O.V., & Ordynskyi, Iu.M. (2019). Vplyv riznykh modelei immobilizatsiinoho stresu na funktsionalni zminy v sertsі vysoko- i nyzkostiikykh do hostroi hipoksychnoi hipoksii shchuriv riznoi statі [Influence of different models of immobilization stress on functional changes in the heart of highly and low resistant to acute hypoxia rats of different sexes]. *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka – Hospital surgery. Journal named after L.Y. Kovalchuk*, 2 (pp. 60-64). DOI: <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2019.2.10419> [in Ukrainian].
3. Yevropeiska konventsіia pro zakhyst khrebetnykh tvarin, yakі vykorystovuiutsia dlia doslidiv ta inshykh naukovykh tsilei [European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Research and Other Scientific Purposes]. 1986 [cited 2025 April 15]. Retrieved from: <https://rm.coe.int/168007a67b> [in English].
4. Gavreliuk, S.V., & Chykina, I.V. (2017). Vplyv khronichnoho immobilizatsiinoho stresu na rozvytok dysfunksii endoteliiu u shchuriv [The effect of chronic immobilization stress on the development of endothelial dysfunction in rats]. *Fiziologichnyi zhurnal – Physiological Journal*, 63(2) (pp. 56-64). Retrieved from: https://fz.kiev.ua/journals/2017_V.63/2017_2/2-2017-56-64.pdf [in Ukrainian].
5. Koptev, M.M. (2017). Vykorystannia riznykh modelei hostroho immobilizatsiinoho stresu v eksperymentalnykh doslidzhenniakh [The use of different models of acute immobilization stress in experimental studies]. *Visnyk problem*

- biologii i medycyny* – *Bulletin of Biology and Medicine Problems*, 2(138) (pp. 13-16). Retrieved from: <https://cyberleninka.ru/article/n/vikoristannya-riznih-modeley-gostrogo-immobilizatsiynogo-stresu-v-eksperimentalnih-doslidzhennyah> [in Ukrainian].
6. Nikolaeva, O.V., Pavlova, O.O., Sirenko, V.A., Kovaltsova, M.V., Sulkhodost, I.O., & Dobrovolska, O.M. (2017) Vplyv immobilizatsiynoho stresu na stan zdorovia shchuriv u eksperymenty [Influence of immobilization stress on the state of health of rats in the experiment]. *Aktualni problemy transportnoi medycyny: navkolyshnie seredovyshe; profesiine zdorovia; patolohiia* – *Actual problems of transport medicine: environment; occupational health; pathology*, 2(48) (pp. 145-148). Retrieved from: <https://www.aptm.com.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%9D%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%80-48-%D0%9F%D0%A1-2.pdf> [in Ukrainian].
7. Procedure for Carrying out Experiments and Experiments on Animals by Scientific Institutions [Internet]. 2012 [cited 2025 April 15]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0416-12#Text> [in Ukrainian].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.33

Larysa Chebotar
Olena Larycheva
Viktoria Pshychenko

INFLUENCE OF IMMOBILIZATION STRESS ON THE LEVEL OF PROTECTIVE ANTIOXIDANT SYSTEMS OF THE RAT STOMACH AGAINST THE BACKGROUND OF LIGHT DESYNCHRONIZATION

The thesis is devoted to the study of the effect of immobilization stress on the state of the antioxidant defense system of the rat stomach against the background of different functional activity of the pineal gland. The results obtained indicate that under immobilization stress against the background of pineal hypofunction, lipoperoxidase homeostasis is disturbed. At the same time, the activity of the enzymatic link of antioxidant defense changes ambiguously. Thus, the activity of superoxide dismutase practically does not change either under stress or under stress with a lack of melatonin. Catalase activity increases under stress against the background of pituitary hypofunction, which indicates the activation of this link of the antioxidant system.

Key words: melatonin, pineal gland, antioxidants, immobilization stress, stomach.

Відомості про автора / Information about the Author

Ларичева Олена Миколаївна, кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри фармації, фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, тел.: (066) 490-75-59, e-mail: larycheva72@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7399-3339>

Larycheva Olena, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmacy, Pharmacology, Medical, Bioorganic and Biological Chemistry, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, e-mail: larycheva72@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7399-3339>

Чеботар Лариса Дмитрівна, кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, тел.: (066) 459-21-48, e-mail: chebotar69@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-8450-2328>

Chebotar Larysa, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology and Pathophysiology, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, e-mail: larycheva72@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7399-3339>

Пшиченко Вікторія Вікторівна, кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, тел.: (066) 112-78-88, e-mail: pshychenko85@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0652-1563>

Pshychenko Viktoriia, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Pathomorphology and Forensic Medicine, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, e-mail: pshychenko85@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0652-1563>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.34

Олег Чернишов
Андрій Громко

СОМАТОФОРМНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

У тезах представлені клінічні особливості соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) у підлітків з проявами хронічного болю, а також соціально-психологічні фактори, що сприяють її розвитку. Встановлено, що найпоширенішим клінічним проявом СВД є цефалгічний синдром (23,2% випадків). Хронічний біль виявляється у більш ніж половини обстежених підлітків, причому серед причин домінують різні варіанти соматоформних розладів, зокрема СВД, іпохондричні та хронічні больові розлади. Аналіз показав, що найчастіше СВД супроводжується тривожно-депресивною симптоматикою. Висновки свідчать про необхідність комплексного психофармакологічного та психотерапевтичного втручання для ефективного лікування таких порушень у підлітковому віці.

Ключові слова: соматоформний больовий синдром, вегетативна дисфункція, цефалгія, хронічний біль, підлітки, психіатрична допомога, соціально-психологічні фактори, психофармакологічне втручання, психотерапевтичне втручання.

Вступ. За прогнозами ВООЗ, у найближчі десятиліття саме психічні розлади ввійдуть до числа найбільш поширених хвороб, а економічний збиток, пов'язаний з їх наявністю і витратами на лікування психічних порушень та їх наслідків, буде постійно зростати. Однією з найбільш поширених проблем є соматоформні порушення. Значна їх частина представлена синдромом вегетативної дисфункції (СВД), насамперед, функціональними порушеннями серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту. Хронічний біль – стан, що супроводжує практично всі варіанти СВД у підлітків.

Мета дослідження. Вивчити клінічні особливості СВД у підлітків з проявами хронічного болю, а також соціально-психологічні фактори його формування.

Матеріали і методи дослідження. У рамках дослідження було обстежено 82 підлітки: 48 дівчат (58,5%) і 34 юнаки (41,5%) у віці 16-17 років. Всі підлітки є учнями старших класів середньої школи. Причиною звернення за психіатричною допомогою став больовий синдром, що не минає або погано минає під дією лікування без верифікації якого небув серйозного соматичного захворювання, здатного викликати подібні больові відчуття

Результати дослідження. Було встановлено, що найчастіше в групі обстежених підлітків спостерігалася соматоформна вегетативна дисфункція з цефалгічним синдромом (F45.30) – 23,2% випадків. У цілому серед обстежених пацієнтів більш ніж у половині випадків СВД був провідним клінічним проявом різних соматоформних розладів (60,9%): у 29 дівчат (60,4%) і у 20 юнаків (58,8%). Тривожно-депресивна симптоматика в рамках різних розладів була зафіксована в цілому в 32,9% випадків: у 17 дівчат (35,4%) і у 10 юнаків (29,4%). Найрідше причиною формування СВД була астенична симптоматика в рамках органічного розладу ЦНС, яка переважно виявлялася у юнаків.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження виявило, що у всіх обстежених підлітків СВД з цефалгічним синдромом суттєво переважають над тими, в яких провідне значення мали абдомінальні болі. Провідною етіологічною основою больового синдрому в підлітковому віці є різні варіанти соматоформних розладів: СВД (F45.30 і F45.31), іпохондричний (F45.2) і хронічний больовий розлад (F45.4). Отже, СВД, що супроводжується вираженим больовим синдромом в підлітковому віці – психічні порушення, які потребують одночасно психофармакологічного психотерапевтичного втручання.

References

1. Anoprienko, O. V. (2016). Posttraumatychnyi stresovyi rozlad u ditei pidlitkovoho viku z zony ATO [Post-traumatic stress disorder in adolescent children from the ATO zone]. V: Aktualni pytannia ta perspektyvy rozvytku medychnoi

- dopomohy i sotsialnykh posluh pidlitkam ta molodi na pryntsypakh «druzhnoho pidkhotu» v Ukraini, Materialy III-yi vseukrainskoi nauково-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu (m. Kyiv, 29 lystopada - 1 hrudnia 2016 r
2. Antipkin, Yu. G., Volosovets, O. P., Maidannyk, O. P., Berezenko, V. S., Moiseyenko, R. O., Vygovska, O. V., ... & Abatur, O.E. (2018). Stan zdorovia dytiachoho naseleennia – maibutnie krainy (chastyna 2) [The state of health of the child population - the future of the country (part 2)]. Zdorovia dytyny - Childs Health, 13(2), 142-152. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2018_13_2_3
 3. Beketova, G. V., Mozgova, H. P., Soldatova, O. V., Nekhayenko, M. I., Goryacheva, I. P., Alekseenko, N. V., ... & Beketova, N. V. (2020). Rozpovsiudzhennist, klinichni osoblyvosti ta prohnozuvannia perebihu psykhosomatychnoi patolohii u ditei z porushenniamy psykhofizychnoho rozvytku .Svit medytsyny ta biolohii - World of Medicine and Biology, 1(71), 7-13. DOI: 10.26724/2079-8334-2020-1-71-7-13
 4. Belyaeva, O. E., Mykhaylova, E. A., Matkovska, T. M., & Mitelov, D. A. (2019). (2019). Osoblyvosti simeinykh vidnosyn ta vykhovni stratehii v simiakh pidlitkiv iz depresyvnymy rozladamy.Mizhnarodnyi zhurnal pediatrii, akusherstva ta hinekolohii - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, 13(3), 9-10.
 5. Gupta, S. N., Gupta, V. S., & Borad, G. (2016). Preictal Symptomatology in Migraines: Diagnostic and Therapeutic Significance. Journal of Headache & Pain Management, 1(1),7:10.4172/2472-1913.100007
 7. Kvashnina, L. V. (2020). Likuvannia holovnoho bolu napruzhenia v ditei: plusy ta minusy isnuichykh metodiv. Zdorovia dytyny - Childs Health, 15(1),67-72.
 8. Lampl, C., Rudolph, M., Deligianni, C. I., & Mitsikostas, D. D.(2015). Neck pain in episodic migraine: premonitory symptom or part of the attack.The Journal of Headache and Pain,(16), 566. doi: 10.1186/s10194-015-0566-9

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.34

Oleg Chernyshov
Andrii Gromko

SOMATOFORM PAIN SYNDROME. FEATURES OF DIAGNOSIS AND THERAPY

The thesis presents the clinical features of somatoform autonomic dysfunction (SAD) in adolescents with chronic pain, as well as the socio-psychological factors that contribute to its development. It was found that the most common clinical manifestation of SAD is a cephalgic syndrome (23.2% of cases). Chronic pain is observed in more than half of the examined adolescents, with somatoform disorders, including SAD, hypochondriacal, and chronic pain disorders, being the dominant causes. The analysis showed that SAD is most often accompanied by anxiety-depressive symptoms. The conclusions highlight the need for a comprehensive psychopharmacological and psychotherapeutic intervention to effectively treat such disorders in adolescents.

Keywords: somatoform pain syndrome, autonomic dysfunction, cephalgia, chronic pain, adolescents, psychiatric care, socio-psychological factors, psychopharmacological intervention, psychotherapeutic intervention.

Відомості про автора / Information about the Author

Олег Чернишов, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Oleg Chernyshov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Андрій Громко, викладач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: mrgromko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4172-0788>

Andrii Gromko, Lecturer of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: mrgromko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4172-0788>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.35

Олег Чернишов
Вікторія Дробот

СТРЕСАСОЦІЙОВАНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В УКРАЇНІ: ПОШИРЕНІСТЬ, ВПЛИВ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

У тезах розглянуто масштаби поширення стресасоційованих психічних розладів серед українського населення в умовах війни, охарактеризовано клінічний перебіг та проаналізовано їх вплив на фізичне, психічне здоров'я, окреслено основні напрями допомоги, зокрема психосоціальну підтримку, психотерапевтичні та медикаментозні підходи.

Ключові слова: стресасоційовані психічні розлади, ПТСР, депресія, тривожні розлади, війна, психосоціальна підтримка, когнітивно-поведінкова терапія.

Вступ

Повномасштабна війна в Україні, що розпочалася 24 лютого 2022 року стала безпрецедентним викликом для психічного здоров'я українців. Постійні обстріли, втрата близьких, руйнування домівок, вимушене переселення та інші фактори стресу сприяли розвитку численних стресасоційованих психічних розладів.

Поширеність стресасоційованих психічних розладів

За даними ВООЗ, близько 40% українців можуть мати ознаки того чи іншого психічного розладу, пов'язаного з війною. Найпоширенішими серед них є:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): характеризується повторними переживаннями травматичної події, тривогою, кошмарами, емоційною онімілістю та іншими симптомами.
- Гострі реакції на стрес: виникають протягом перших 72 годин після травматичної події та характеризуються гострою тривогою, страхом, ажитацією, порушенням сну та концентрації уваги.
- Депресивні розлади: характеризуються стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до діяльності, почуттям втоми, порушеннями сну та апетиту, труднощами з концентрацією уваги та прийняттям рішень.
- Тривожні розлади: характеризуються надмірною тривогою, нервозністю, страхами, панічними атаками, порушеннями сну та фізичними симптомами, такими як тахікардія, запаморочення, тремор.

Вплив стресасоційованих психічних розладів

Стресасоційовані психічні розлади можуть мати значний негативний вплив на життя людей, їхнє фізичне та психічне здоров'я, а також на суспільство в цілому. До наслідків цих розладів належать:

- Погіршення фізичного здоров'я: стресасоційовані психічні розлади можуть призвести до загострення хронічних захворювань, послаблення імунної системи та збільшення ризику виникнення нових захворювань.
- Зниження працездатності: люди з психічними розладами можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, прийняттям рішень та виконанням своїх робочих обов'язків.
- Проблеми у стосунках: психічні розлади можуть призвести до конфліктів та проблем у стосунках з близькими людьми.
- Соціальна ізоляція: люди з психічними розладами можуть уникати соціальних контактів та ізолювати себе від суспільства.
- Збільшення ризику суїциду: психічні розлади є одним з основних факторів ризику суїциду.

Шляхи подолання стресасоційованих психічних розладів

Існує ряд способів допомогти людям, які страждають від стресасоційованих психічних розладів:

- Психосоціальна підтримка: важливо надавати людям емоційну підтримку, розуміння та заохочення. Це може включати розмови з друзями та членами сім'ї, участь у групах підтримки або звернення за допомогою до психолога.
- Психотерапія: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найефективніших методів лікування ПТСР та інших стресасоційованих психічних розладів. КПТ допомагає людям ідентифікувати та змінювати негативні думки та поведінку, які посилюють їхні симптоми.
- Медикаментозне лікування: в деяких випадках може бути призначена медикаментозна терапія для полегшення симптомів психічних розладів.
- Самодопомога: існує ряд методів самопомоги, які можуть допомогти людям впоратися зі стресом та його наслідками. До них належать фізичні вправи, техніки релаксації, такі як йога та медитації.

Висновки

Комплексний підхід до надання психологічної допомоги є запорукою подолання наслідків війни для психічного здоров'я українців. Необхідне розширення доступу до психотерапевтичних і психосоціальних послуг на всій території країни.

References

1. Pinchuk I.Ia., Bohachev R.M., Khobzei M.K., Petrychenko O.O. Dynamika psykhychnoho zdorovia naselennia Ukrainy v period 2008-2012 rr. ta perspektyvy rozvytku psykhiatrychnoi dopomohy krainy. Arkhiv psykhiiatrii. 2013. Vyp.1. S.11-17.
2. Voloshyn P.V., Maruta N.O. Stratehiia okhorony psykhychnoho zdorovia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody. Ukrainnyi visnyk psykhonevrolohi. 2015. Vyp.1. S.5-11.
3. FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. Psychotherapy and psychosomatics, 2000, 69.4: 184-197.
4. Psykhychne zdorovia yak skladova podalshoho rozvytku natsii (pidsumky za 10 rokiv nezalezhnosti Ukrainy). Moskalenko V.F., Horban Ye.M., Tabachnikov S.I. ta in. Arkhiv psykhiiatrii. 2001. Vyp. 4. S. 5-10.
5. Chernyshov O.V., Zak M.Yu. Aspects of comorbidity somatoform disorders and addictive behavior in adolescence. Publishing House "Baltija Publishing". 2021. P. 346-360.
6. Wilder-Smith C.H. The balancing act: endogenous modulation of pain in functional gastrointestinal disorders. Wilder-Smith S.N. Gut. 2011. Vol. 60. Vol. 1589-1599.
7. Zheng Z. Irritable bowel syndrome may be induced by decreased neuroplasticity. Zheng Z., Zeng Y., Yang W.Wu. J. Neuro Endocrinol Lett. 2014. Vol. 35(8). P. 655-659.

DOI 10.34132.msps2025.01.08.35

Oleg Chernyshov
Viktoriia Drobot

STRESS-ASSOCIATED MENTAL DISORDERS IN UKRAINE: PREVALENCE, IMPACT, AND WAYS OF OVERCOMING

The thesis examines the prevalence of stress-associated mental disorders among the Ukrainian population during the war, describes the clinical course of these disorders, and analyzes their impact on physical and mental health. It outlines the main directions for assistance, including psychosocial support, psychotherapeutic, and pharmacological approaches.

Key words: stress-associated mental disorders, PTSD, depression, anxiety disorders, war, psychosocial support, cognitive-behavioral therapy.

Відомості про автора / Information about the Author

Олег Чернишов, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Oleg Chernyshov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Вікторія Дробот, старший викладач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: dr.viktoria.ua@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0931-5783>

Viktoriia Drobot, Senior Lecturer of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: dr.viktoria.ua@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0931-5783>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.36

Олег Чернишов
Ігор Хомуленко

НАСЛІДКИ COVID-19 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У тезах досліджено вплив психологічного стресу в умовах епідемії COVID-19 на життєстійкість у хворих з параноїдною шизофренією. Проведено оцінку залученості, контролю, прийняття ризику, рівня тривожності та виявлено залежність між низькою життєстійкістю та підвищеною тривожністю.

Ключові слова: COVID-19, психічні захворювання, життєстійкість, тривожність, параноїдна шизофренія, психологічний стрес.

Мета дослідження. Вивчення впливу психологічного стресу на показники життєстійкості у хворих з параноїдною шизофренією в умовах епідемії COVID-19.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 пацієнтів чоловічої статі у віці від 32 до 63 років (середній вік 47 років ± 5), які перебували на стаціонарному лікуванні в період з вересня 2020 року по березень 2021 року в Миколаївському обласному центрі психічного здоров'я, страждаючих параноїдною шизофренією. Оцінка життєстійкості особистості та її ключових елементів, таких як залученість, контроль і прийняття ризику здійснювалася за допомогою тесту життєстійкості Мадді. Оцінка рівня тривожності проводилася на підставі шкали оцінки тривоги Гамільтона (HARS). Статистична обробка отриманих даних здійснювалася з використанням прикладних статистичних програм «MedStat».

Результати дослідження. У результаті проведеного дослідження були отримані середні значення показників життєстійкості в загальній вибірці: залученість – $32,08 \pm 0,6$ (середні значення), контроль – $19,7 \pm 0,6$ (низький результат), прийняття ризику – $9,1 \pm 0,42$, життєстійкість – $60 \pm 0,56$. На підставі загального показника шкали оцінки тривожності були виділені 3 групи пацієнтів: 1 група – пацієнти із загальним показником < 17 балів; 2 група – загальний показник – 18-24 бали; 3 група – загальний показник – 25 балів і більше.

У ході аналізу результатів дослідження в виділених групах були встановлені статистично значущі відмінності між показниками субшкали «Контроль» (критерій Краскела-Уолліса $\chi^2 = 8,471$, $p < 0,05$).

Висновки. Була виявлена значна негативна кореляція життєстійкості з показниками тривожності. Життєстійкість впливає на ресурси опанування через підвищення самоефективності. Пацієнти, які мають високі показники життєстійкості, відчують більше відчуття компетентності, вищу когнітивну оцінку, розвиненіші стратегії опанування і відчують менше стресу в умовах епідемії. Низькі результати за шкалою прийняття ризику говорять про те, що пацієнти більш схильні до стабільності, відмовляючись від ситуацій, що не гарантують успіх. Хворі з низьким рівнем залученості почуття відторгненості, низьку впевненість в собі, відсутність відчуття «включеності» в життя. Низькі показники контролю свідчать про відчуття безпорадності хворих параноїдною шизофренією. В цілому, низький рівень життєстійкості при високих показниках тривожності доводять, що пацієнти залежать від хвилювань, пов'язаних з поточною ситуацією.

References

1. Webb, L. (2021). Covid-19 lockdown: a perfect storm for older peoples mental health. Journal of psychiatric and mental health nursing, 28(2), 300.
2. Lukomska, S. Zarubizhnyi dosvid orhanizatsii psykhologichnoi dopomohy naselenniu pid chas pandemii Covid-19.
3. Kulyk, Yu. (2022). Osoblyvosti proiaviv depresyvykh staniv sered osib, yaki perenesly COVID-19: systemnyi ohliad literatury.
4. Ganesan, B., Al-Jumaily, A., Fong, K. N., Prasad, P., Meena, S. K., & Tong, R. K. Y. (2021). Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak quarantine, isolation, and lockdown policies on mental health and suicide. Frontiers in psychiatry, 12, 565190.

5. Moizrist, O. M., & Tereshchenko, L. A. (2021). Medyko-psykholohichni naslidky pandemii Covid-19 v Ukraini. Psykholohichni vymiry osobystisnoi vzaiemodii subiektiv osvithnoho prostoru v konteksti humanistychnoi paradyhmy, 236.
6. Sukharieva, A. O., & Bakalenko, M. V. (2021). Koronavirus v Ukraini ta sviti: zarubizhnyi dosvid podolannia pandemii.
7. Kleino, N. B. (2022). Psykholohichni osoblyvosti perezhyvannia stresu v umovakh viiny liudmy pokhyloho viku.
8. Brennan, J., Reilly, P., Cuskelly, K., & Donnelly, S. (2020). Social work, mental health, older people and COVID-19. International psychogeriatrics, 32(10), 1205-1209.
9. Tkachenko, O. V. (2021). Vplyv pandemii COVID-19 na psykhykhe zdorovia (ohliad literatury). Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii, 29(1), 106.
10. Chen, P. J., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., & Diamandis, E. P. (2021). An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. Diagnosis, 8(4), 403-412.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.36

Oleg Chernyshov
Igor Khomulenko

CONSEQUENCES OF COVID-19 IN PATIENTS WITH CHRONIC MENTAL DISORDERS

The thesis examine the impact of psychological stress during the COVID-19 epidemic on resilience in patients with paranoid schizophrenia. An assessment was conducted of engagement, control, risk acceptance, anxiety levels, and the relationship between low resilience and increased anxiety was identified.

Keywords: COVID-19, mental disorders, resilience, anxiety, paranoid schizophrenia, psychological stress

Відомості про автора / Information about the Author

Олег Чернишов, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Oleg Chernyshov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: stramosliab@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9427-486X>

Ігор Хомуленко, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: khomulenko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1947-6485>

Igor Khomulenko, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: khomulenko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1947-6485>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.37

Валерій Черно
Дмитро Зюзін
Ігор Береза

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОПАЗУШНИХ УТВОРЕНЬ У ЦИРКУЛЯЦІЇ КРОВІ ТА ЛІКВОРУ В ГОЛОВНОМУ МОЗКУ

У роботі на макро-мікроскопічному рівні представлена морфологічна характеристика структур венозних пазух головного мозку. Різноманітні види утворень на внутрішніх стінках суттєво впливають на рух крові в просвіті пазух. Деякі структури стабілізують стінку пазухи укріплюючи її волокнистий каркас, інші протидіють розтягненню і розриву, а інші поглинають пульсові коливання при зміні фізичних факторів. Однак найбільшій морфо-функціональній увазі привертають утворення, що є похідними павутинної оболонки головного і спинного мозку – пахіонові грануляції. За традиційними уявленнями грануляції суттєво впливають на механізми циркуляцію ліквора в замкненій порожнині черепа, а за новітніми даними виступають посередниками у виникненні тромбозів венозних колекторів головного мозку, який непропорційно вражає молодих людей і може бути летальним. Хоча останнім часом увага привертається до пов'язаних з тромбозом інсультів у зв'язку з вакцинами проти COVID-19, наше розуміння цього стану залишається обмеженим і в основному невивченим.

Ключові слова: внутрішньопазушні утворення, грануляції, мозкові венозні пазухи.

Тромбоз венозних пазух головного мозку є типом інсульту, який непропорційно вражає молодих людей і може бути летальним [3]. Останнім часом увага привертається до інсультів у зв'язку з вакцинами проти COVID-19, [9] наше розуміння цього стану залишається обмеженим і в основному невивченим. Патолофізіологія інсульту, пов'язаного з тромбозом, включає складну взаємодію тріади Вірхова, яка охоплює змінений кровотік, гіперкоагуляцію та ендотеліальну дисфункцію [3]. Ці сучасні літературні представлення яскраво демонструють два фактори з трьох, що пов'язані з морфо-функціональними особливостями внутрішньопазушних утворень, створюючи значні проблеми для точної діагностики та спостереження. Отже, на внутрішній поверхні пазух твердої оболони головного мозку (ТОГМ) розташовані різноманітні внутрішньопазушні утворення (ВПУ), серед яких такі, що суттєво впливатимуть на циркуляцію внутрішньопазушної рідини [1, 4]. Головними представниками таких утворень виступають пахіонові грануляції, ниткоподібні, перетинки, подушки та інші форми похідних ендотелію [5]. Дослідження морфології рельєфу люменальної поверхні стінок пазух має епізодичний характер, а по деяких пазухах, особливо основи черепа і зовсім відсутній у науковій літературі.

Однією з важливих складових структурної організації ВПУ є судинні утворення рівня артеріоло-капілярних компонентів, що формують мікроциркуляторне русло (МЦР). Значення МЦР для кожного органу важко переоцінити, що підтверджується багатьма науковими працями [7,10]. Судинна сітка ТОГМ піддається в процесі розвитку значній перебудові. Перші судини ТОГМ являють собою кров'яні островці, розвиток яких спостерігається в ділянках найбільш активного гістогенезу. Для стінок пазух ТОГМ є характерною наявність однієї капілярної сітки без певної площинної орієнтації, спільної для всієї товщини сполучнотканинної оболонки стінки пазухи [9]. Так у складі зовнішніх стінок поперечних пазух наявні артеріальні сітки, але відповідні їм борозни на внутрішній поверхні кісток відсутні, що підтверджує саме субендотеліальне розміщення артеріальних сіток та розміщення всередині сполучнотканинної оболонки пазух судин, що їх утворюють [2]. Субендотеліальне розміщення артеріальної сітки в стінках пазух ми спостерігали в наших ранніх роботах, де нами було зазначено, що це обумовлено розростаннями павутинної оболонки, що й формують пахіонові грануляції.

За нашими спостереженнями рельєф люменальної (внутрішньої) поверхні пазух ТОГМ людини неоднорідний на відміну від вен. У просвіті пазухи знаходяться різні структури, які виконують певні функції. Більшість ВПУ, крім ворсинок та грануляцій павутинної оболонки, є похідними сполучнотканинної оболонки стінок синуса.

Перший вид ВПУ, який найчастіше зустрічається є трабекули, які на внутрішній поверхні пазух розташовуються поблизу країв стінок у місці, де одна стінка контактує з іншою. Трабекулярний апарат представляє собою складчасті утвори стінки пазухи, які виступають у її просвіт (рис. 1).

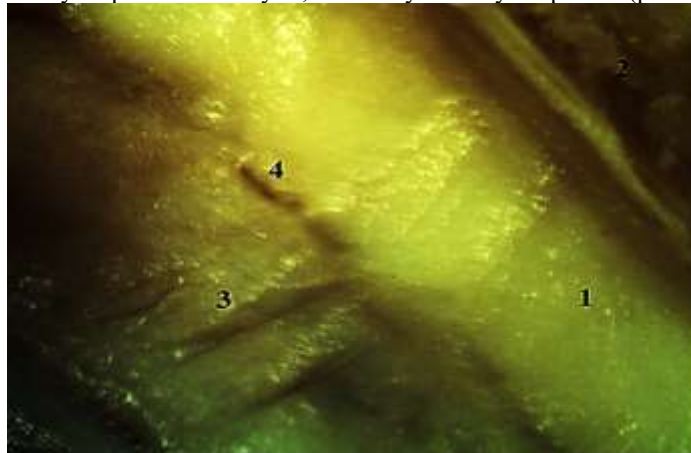


Рис. 1. Трабекули і щілиноподібне гирло вени на внутрішній стінці пазухи:
1 – внутрішня стінка; 2 – зовнішня стінка; 3 – трабекули; 4 – щілиноподібне гирло вени.
Фото з макропрепарату. Лінійне збільшення 6.

Висота складок коливається від 1 до 3 мм. За рахунок цього трабекули можуть приймати участь у стабілізації колагенового каркасу стінки при зростанні тиску крові, або його різкому зниженні, перерозподіляючи навантаження кровотоку на основну площу стінки і таким чином забезпечують регуляторну функцію. Як правило біля трабекул зустрічаються щілиноподібні гирла вен, які мають вигляд вузьких щілин із заокругленими краями. На одному із країв щілиноподібного отвору помітні досить тонкі ендотеліальні складки, які виконують регуляторну функцію. Під час проходження пульсової хвилі, запобігають попаданню крові із просвіту синуса через щілиноподібне гирло у просвіт вен твердої мозкової оболонки.

Другим видом ВПУ, що визначаються в просвіті венозного мозкового колектора, є перегородки завдовжки від 4 до 10 мм, і з широкими кінцями з обох боків. Розміщені вони у кутах синусів або ближче до місця переходу однієї стінки синуса в іншу, і є додатковими утвореннями для укріплення місця переходу, тобто виконують опорну функцію. Приймаючи участь у перерозподілі кров'яних потоків, здійснюючи регуляторну функцію (рис. 2).

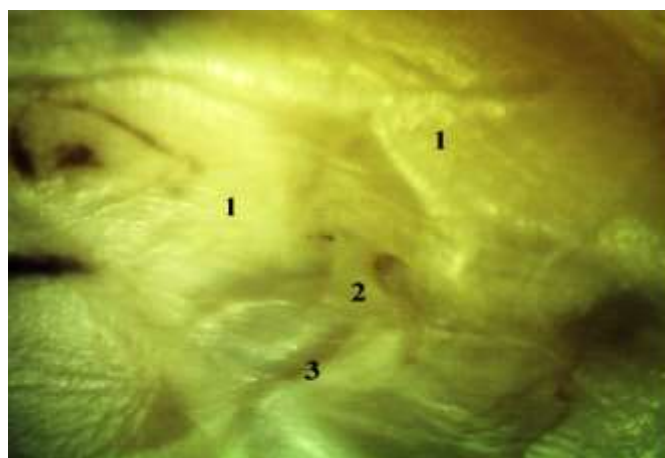


Рис. 2. Перегородка між двома внутрішніми стінками лівого поперечного синуса:
1 – внутрішні стінки; 2 – перегородка; 3 – трабекули.
Фото з макропрепарату. Лінійне збільшення 6.

Третій тип ВПУ, який на внутрішній поверхні пазух також виявлялися у місцях переходу однієї стінки на іншу. Вони мають вигляд ниток, що розтягнені між сусідніми стінками, фактично з'єднуючи сполучнотканинний

каркас двох сусідніх утворень та протидіють розтягненню пазушного простору, тому вони отримали назву «нитки супротиву». Нитки мають вигляд округлих тонких утворень циліндричної форми завдовжки від 5 до 15 мм з широкими основами з обох кінців (рис. 3). Виконуючи стабілізаційну функцію вони протидіють розтягуванню під час розповсюдження пульсової хвилі, або збільшенні кількості крові в пазусі тим самим перешкоджають надмірному розтягненню або розриву стінки пазух.

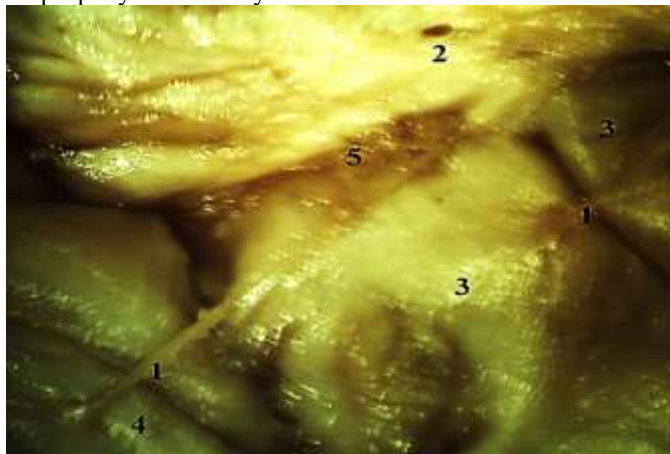


Рис. 3. Нитки супротиву у просвіті пазухи: 1 – нитка супротиву; 2 – щілиноподібне гирло вени; 3 – внутрішні стінки; 4 – зовнішня стінка; 5 – пахіонові грануляції.
Фото з макропрепарату. Лінійне збільшення 6.

Четвертий тип ВПУ – ендотеліальні подушки. Спостерігається в ділянках переходу однієї частини пазухи в іншу, або при переході однієї пазухи в іншу. В таких місцях різко змінюється напрям ходу пазухи, а в деяких випадках і їх діаметр. Тому на внутрішніх стінках нами виявлялись підвищення, що по формі нагадують подушки, що сформовані розростанням субендотеліального прошарку. Їх розміри досить варіабельні і коливаються від 5 до 17 мм. Зазвичай від цих овальних або округлих утворень у різні боки відходять 4-6 невеличких сполучнотканинних хорд довжиною від 2 до 5 мм (рис. 4).

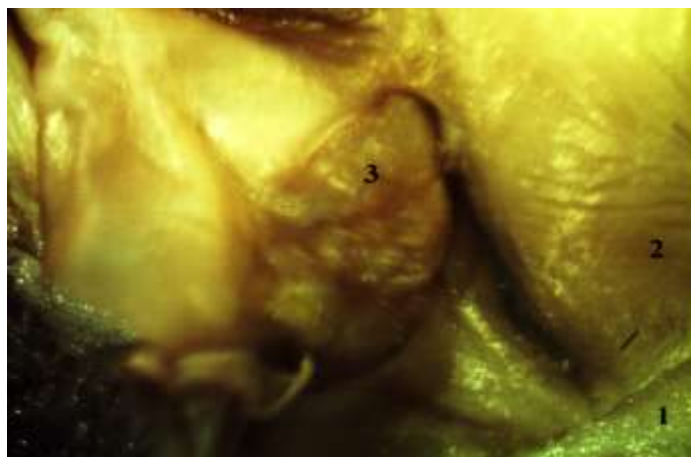


Рис. 4. Ендотеліальна подушка при переході поперечної пазухи в сигмоподібну:
1 – стінка сигмовидної пазухи; 2 – стінка поперечної пазухи; 3 – ендотеліальна подушка.
Фото з макропрепарату. Лінійне збільшення 6.

Виходячи з зазначеної форми можна припустити, що ендотеліальні подушки мають здатність до скорочення та розтягнення. Окрім того, на нашу думку, дана структура може виконувати амортизаційну функцію, що поглинає пульсову хвилю току рідини, що змінює напрямок при переході однієї пазухи в іншу. Крім цього наявність відростків можуть звужувати просвіт, запобігаючи зворотному току крові і також виконують регуляторну функцію.

П'ятий тип ВПУ, що нами спостерігався при макроскопічному дослідженні люменальної поверхні пазух ТОГМ були поодинокі ворсинки, які локалізуються переважно на межі переходу однієї внутрішньої стінки пазухи в іншу внутрішню стінку. Морфологічно ворсинки були овальної та округлої форми висотою від 2 до 4 мм. Розташовуються ворсинки переважно в заглибленнях внутрішньої стінки синуса та в основі перегородок.

Шостий тип ВПУ представляють собою скупчення описаних вище структур (ворсинок), які об'єднуються утворюють пахіонові грануляції тому, що є похідними павутинної оболонки та як і ворсинки виконують роль реабсорбції цереброспінальної рідини у венозну кров, яка заповнює просвіт пазух ТОГМ. Найчастіше грануляції спостерігались на внутрішніх, обернутих до мозкової поверхні стінках пазух, а також біля кута і в заглибленнях внутрішніх стінок, що виступали у просвіт пазухи (рис. 5). Лінійні розміри складають від 5 до 15 мм, а висота грануляції частіше була від 3 до 6 мм. Ворсини і пахіонові грануляції вкриті менінготелієм на відміну від інших розглянутих структур, які знаходились на внутрішній поверхні пазух і були вкриті ендотелієм. Пахіонові грануляції виконують функцію реабсорбції спинномозкової рідини у венозну кров, яка заповнює синуси ТМО.

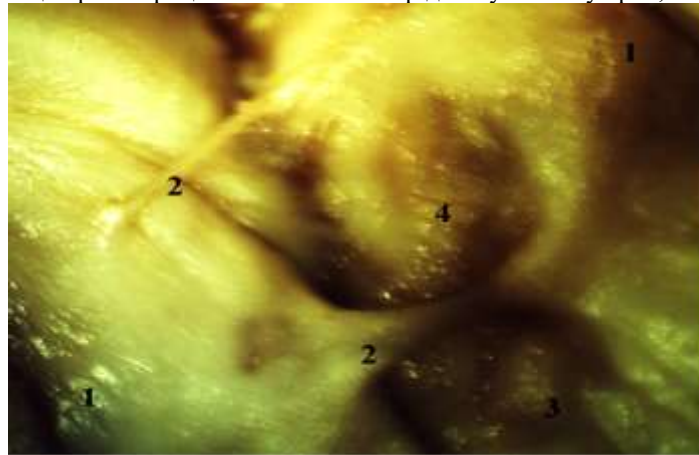


Рис. 5. Пахіонові грануляції в заглибленні стінки:

1 – внутрішні стінки; 2 – нитки супротиву; 3 – ендотеліальна подушка;
4 – пахіонові грануляції. Фото з макропрепарату. Лінійне збільшення 6.

Висвітлені отримані результати свідчать про чисельний арсенал ВПУ мозкових пазух, що забезпечують: розподіл кровотоку під час проходження пульсової хвилі, сприяють кровопостачанню стінок пазух, укріплюють ділянки переходу однієї стінки в іншу, тим самим протидіють навантаженню пульсової хвилі на стінки пазух в умовах замкнутою порожнини черепу.

References

1. Aydın, H. E. et al. Biomechanical properties of the cranial dura mater with puncture defects: an in vitro study. J. Korean Neurosurg. Soc. 62, 382–388. <https://doi.org/10.3340/jkns.2018.0130> (2019).
2. Balik, V. et al. Variability in wall thickness and related structures of major dural sinuses in posterior cranial fossa: a microscopic anatomical study and clinical implications. Operative neurosurgery (Hagerstown, Md.) 17, 88–96 (2019).
3. Cesare de Gregorio, et al. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccines: Do we know the mechanism? Lancet Reg Health Eur. 2022 May;16:100387. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100387
4. Darragh R Walsh, et al. Mechanical and structural characterisation of the dural venous sinuses. PMC <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78694-4>.
5. Mortazavi, M. M. et al. Chapter 27—surgical nuances in management of intracranial venous sinus injuries. In Anatomy 231–236 (Elsevier, Philadelphia, 2020).
6. Naoki Toma Embryology of the cavernous sinus and relevant veins. Journal of Neuroendovascular Therapy Vol. 14, No. 12 (2020) 540–546 DOI: 10.5797/jnetra.2020-0052
7. Patchana, T., Zampella, B., Berry, J. A., Lawandy, S. & Sweiss, R. B. Superior sagittal sinus: a review of the history, surgical considerations, and pathology. Cureus 11, e4597–e4597 (2019).
8. Zwirner, J., Ondruschka, B., Scholze, M., Schulze-Tanzil, G. & Hammer, N. Mechanical and morphological description of human acellular dura mater as a scaffold for surgical reconstruction. J. Mech. Behav. Biomed. Mater. 96, 38–44 (2019).

9. Zhao Y, Zhang X, Lv B, et al. Movable typing of full-lumen personalized Vein-Chips to model cerebral venous sinus thrombosis. Aggregate: Volume 4, Issue 6, 2023 <https://doi.org/10.1002/agt2.386>
10. Zhao Y, Zhang X, Lv B, et al. Dural sinus septum: an underlying cause of cerebral venous sinus stenting failure and complications. Stroke & Vascular Neurology 2024;9: e002407. doi:10.1136/svn-2023-002407

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.37

Valerii Chernob
Dmytro Zyuzin
Igor Bereza

THE ROLE OF INTRA-SINOUS FORMATIONS IN THE CIRCULATION OF BLOOD AND CSF IN THE CRAN

The work presents the morphological characteristics of the structures of the venous sinuses of the brain at the macro-microscopic level. Various types of formations on the inner walls significantly affect the movement of blood in the lumen of the sinuses. Some structures stabilize the sinus wall by strengthening its fibrous framework, others counteract stretching and tearing, and others absorb pulse oscillations when changing physical factors. However, the greatest morpho-functional attention is attracted by formations that are derivatives of the arachnoid membrane of the brain and spinal cord - pachyon granulations. Traditionally, granulations have been thought to significantly affect the mechanisms of CSF circulation in the closed cranial cavity, but recent evidence suggests that they mediate the occurrence of cerebral venous thrombosis, which disproportionately affects young people and can be fatal. Although recent attention has been drawn to thrombosis-related strokes in connection with COVID-19 vaccines, our understanding of this condition remains limited and largely unexplored.

Keywords: intrasinus masses, granulations, cerebral venous sinuses.

Відомості про автора / Information about the Author

Валерій Черно, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна, E-mail: chernob1965@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4637-9875>

Valerii Chernob, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Pathomorphology and Forensic Medicine of the Educational and Scientific Medical Institute of the Black Sea National University named after Peter Mohyla, Mykolaiv, Ukraine E-mail: chernob1965@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4637-9875>

Дмитро Зюзін, аспірант кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна. E-mail: dmitryzyuzin57@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-0746-2316>

Dmytro Zyuzin, PhD student, Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Pathomorphology and Forensic Medicine of the Educational and Scientific Medical Institute of the Black Sea National University named after Peter Mohyla, Mykolaiv, Ukraine, E-mail: dmitryzyuzin57@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-0746-2316>

Ігор Береза, викладач кафедри анатомії, клінічної анатомії, патоморфології та судової медицини навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, Україна, E-mail: igorbereza1406@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4916-1342>

Ihor Bereza, Lecturer of the Department of Anatomy, Clinical Anatomy, Pathomorphology and Forensic Medicine of the Educational and Scientific Medical Institute of the Black Sea National University named after Peter Mohyla, Mykolaiv, Ukraine E-mail: igorbereza1406@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4916-1342>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.38

Руслан Чубук
Каміла Горемикіна

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОМОФОБІЇ В КОНТЕКСТІ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

У тезах охарактеризовано соціально-психологічні чинники гомофобії як специфічної форми дискримінаційної практики в умовах трансформаційних змін сучасного суспільства. Обґрунтовано історико-семантичні витоки терміну «гомофобія», окреслено основні її прояви у міжособистісній та соціальній взаємодії, а також виявлено наслідки її впливу на психоемоційний стан та соціальну інтеграцію представників ЛГБТК+ спільноти в суспільстві.

Значну увагу приділено узагальненню теоретичних та емпіричних досліджень щодо формування сексуальної орієнтації, що розглядається як результат взаємодії біологічних (генетичних, гормональних) та соціокультурних детермінант. Аргументовано, що гомофобні установки є похідними від стійких соціальних стереотипів і не мають наукового обґрунтування. Наведено, що хронічна дія стигматизації та маргіналізації зумовлює підвищений рівень психологічного дистресу та соціальної вразливості ЛГБТК+ осіб. Обґрунтовано доцільність і необхідність формування толерантного суспільного дискурсу на засадах прав людини як умови демократичного розвитку сучасного трансформаційного українського суспільства.

Ключові слова: трансформаційне суспільство, дискримінація, сексуальна орієнтація, гомофобія, толерантність, психоемоційний стан, соціальні стереотипи, соціальні установки.

У сучасному українському суспільстві спостерігається зростання усвідомлення важливості забезпечення принципів рівності, недискримінації та створення безпечного соціального простору для особистості, незалежно від її особистісних характеристик, зокрема сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності тощо.

Водночас, в трансформаційному суспільстві проблема проявів гомофобії на разі залишається відкритою та актуальною, оскільки існують численні випадки булінгу, ізоляції у колективі та дискримінації з боку певних представників суспільства, що свідчить про стійке функціонування негативних соціальних стереотипів та упереджень.

Для кращого розуміння даної теми, вважаємо за доцільне окреслити: історико-семантичні витоки терміну «гомофобія»; основні її прояви у міжособистісній та соціальній взаємодії, а також виявити наслідки її впливу на психоемоційний стан та соціальну інтеграцію представників ЛГБТК+ спільноти в суспільстві. «Гомофобія» (homophobia) – термін, що позначає страх перед ЛГБТК+ людьми, часто асоціюється з упередженим ставленням до них та призводить до дискримінації в таких сферах як працевлаштування, побут, соціальне та правове життя. Надмірна упередженість, може призводити до вчинення актів фізичного насильства тощо [1]. З латинської homo – людина, людина чоловічої статі, phobia (від грецької φόβος) – ірраціональний страх. До середини XX століття даний термін не був у науковому вжитку і мав лише загальне значення «страх перед людьми», і тільки у 1969 році американський психолог єврейського походження Джордж Вайнберг почав вживати термін «гомофобія», саме як страх близького спілкування з гомосексуалами, а у випадку самих гомосексуалів – ненависть до себе (Society and the Healthy Homosexual, 1972) [2].

Науковці Лондонського університету імені королеви Марії розширюють і виокремлюють наступні прояви гомофобії: обзивання, образливі жарти, нав'язливі чи ворожі запитання, погрози, а також небажаний фізичний контакт і насилься. Це може відбуватися як усно, письмово, особисто, а також онлайн через кібербулінг (наприклад, електронною поштою, повідомленнями, соціальними мережами тощо) [3].

В контексті даної теми, варто розглянути зокрема поняття «гомосексуальність», оскільки воно є предметом гомофобії. Американська асоціація психологів визначає гомосексуальність як сексуальну орієнтацію, що стосується тривалої моделі емоційного, романтичного та/або сексуального потягу до чоловіків, жінок або обох статей. Протягом століть гомосексуальність була табуованою темою, та переслідувалась через низку релігійних,

політичних, соціальних та культурних переконань. Як приклад, за часів нацистської Німеччини «Нацистська кампанія проти гомосексуалізму була спрямована проти понад мільйона німецьких чоловіків, які, як стверджувала держава, були носіями «дегенерації», що загрожувала «дисциплінованій маскулінності» Німеччини. Понад 100 000 чоловіків було арештовано відповідно до широко тлумаченого закону проти гомосексуалізму і засуджено як «антисоціальних паразитів» і «ворогів держави». Приблизно 50 000 чоловіків відбули терміни ув'язнення як засуджені гомосексуалісти, тоді як невідомою кількістю було примусово госпіталізовано в психіатричні лікарні. Інші – можливо сотні – були кастровані за рішенням суду або примусово» [4].

Лише 17 травня 1990 року Всесвітня Організація охорони здоров'я (ВООЗ) виключила гомосексуальність із переліку міжнародної класифікації захворювань [5]. Відтак, у сучасному трансформаційному суспільстві вчені виокремлюють певні фактори формування сексуальної орієнтації людини, зокрема: (генетичні, гормональні, соціальні).

Вчені Національного центру біотехнічної інформації провели повногеномне дослідження асоціацій (GWAS) на 477 522 особах, виявивши п'ять локусів, значно пов'язаних із одностатевою сексуальною поведінкою. У сукупності всі перевірені генетичні варіанти спричинили від 8% до 25% варіацій одностатевої сексуальної поведінки, лише частково збігаючись між чоловіками та жінками, і не дозволяють суттєво передбачити сексуальну поведінку особи. Дослідження близнюків і сімей показали, що одностатева сексуальна поведінка частково залежить від генів, але попередні пошуки конкретних генів були недостатніми [6]. З одного боку, це дослідження підтверджує те, що сексуальна орієнтація частково формується на геномному рівні, і з іншої сторони спростовує ідею про «ген гомосексуальності».

Зокрема, є докази того, що внутрішньоутробні гормональні коливання можуть взаємодіяти з генами та впливати на сексуальну орієнтацію людини. Наприклад, дослідники виявили, що дівчата, які піддавалися впливу високого рівню андрогенів внутрішньоутробно, частіше були гомосексуальні (Dittmann, Kappes, & Kappes, 1992; Hines, Brook, & Conway, 2004; Meyer Bahlburg, Dolezal, Baker, & New, 2008; Zucker et al., 1996). Що ж стосується чоловіків, дослідження показує, що у геїв загалом більше старших братів, ніж у гетеросексуалів (Blanchard, 2001, 2004; Blanchard & Bogaert, 1996, 2004; Blanchard & Ellis, 2001; Бобаерт, 2003, 2006; Cantor, Blanchard, Paterson, & Bogaert, 2002; Шварц, Кім, Kolundzija, Rieger, & Sanders, 2010). Ймовірність того, що чоловік буде гомосексуалом збільшується з кожним старшим братом. Цей братерський порядок народження (або «ефект старшого брата»), як вважають вчені, є результатом внутрішньоутробної імунної відповіді матері, яка походить від кількох вагітностей хлопчиками [7].

Також були висунуті теорії про соціально-емоційний досвід дитинства і вплив батьків на сексуальну орієнтацію. Ці твердження включають те, що наявність домінуючої матері та відстороненого батька, або його відсутність, сприяють формуванню гомосексуальності серед чоловіків і жінок. Однак для цього бракує доказів, а існуючі дослідження дискредитують ці теорії сімейного виховання (Бекстед, 2012 рік; Ісай, 2009; Peplau & Garnets, 2000; Rosario & Schrimshaw, 2014). Хоча сімейне середовище насправді впливає на те, як виражається сексуальність людини, причинно-наслідковий зв'язок між стосунками батьків і дітей та сексуальною орієнтацією достовірно не встановлено.

Однак, існують дослідження, що показують: 95% геїв і 84% лесбійок відчували, що не обирали власну сексуальну орієнтацію. Це твердження доводить, що люди не обирають орієнтацію, а вона формується від ряду незалежних від них факторів, а отже гомофобія є проявом дискримінації людини [7].

До питання про психологічний вплив гомофобії на ЛГБТК+ спільноту: за дослідженнями Американської асоціації психологів виокремлюють два рівні дискримінації – соціальний та особистісний. Соціальний рівень, включає у себе обмеження можливостей працевлаштування, батьківства, визнання стосунків і часто виправдовуються стереотипними уявленнями про лесбіянок, геїв та бісексуалів. На особистісному рівні такі упередження та дискримінація також можуть мати негативні наслідки, особливо якщо лесбійки, геї та бісексуали намагаються приховати або заперечувати свою сексуальну орієнтацію. Незважаючи на те, що багато людей вчаться справлятися з соціальною стигмою щодо гомосексуальності, така модель упередженого ставлення може мати серйозні негативні наслідки для їхнього здоров'я та благополуччя. На окремих осіб і групи вплив стигматизації може бути зменшений або посилений іншими характеристиками, такими як раса, етнічна приналежність, релігія, інвалідність тощо.

Систематичні прояви гетеронормативних упереджень, дискримінації та гомофобії стосовно осіб гомосексуальної орієнтації є причиною погіршення їхнього психічного стану. Хронічний стрес, зумовлений сексуальною стигматизацією та маргіналізацією, суттєво впливає на соціально-психологічні характеристики лесбійок, геїв, бісексуальних та інших квір осіб. Попри доведену ефективність соціальної підтримки як ресурсу

подолання психологічних труднощів, ворожий соціальний контекст може значною мірою обмежувати її доступність для представників ЛГБТК+ спільноти [8].

Виходячи із вищезазначеного, результати проведеного дослідження засвідчують, що гомофобія є багатовимірним соціально-психологічним явищем, який, попри відсутність теоретичного чи емпіричного підґрунтя, продовжує відтворюватися в суспільній свідомості через домінуючі культурні наративи, гетеронормативні установки та інституційні механізми стигматизації. За наявності науково обґрунтованих даних щодо багатофакторного – біологічного, гормонального та соціального – характеру формування сексуальної орієнтації, дискримінаційне ставлення до ЛГБТК+ осіб зберігається як системна перешкода на шляху до їхньої соціальної інклюзії, рівноправного становища та психоемоційного благополуччя. Встановлено, що тривала дія гомофобних практик чинить деструктивний вплив на психічне здоров'я представників ЛГБТК+ спільноти, спричиняючи посилення маргіналізації та соціальної вразливості. У зв'язку з цим актуальним є впровадження гуманістично орієнтованих освітніх, правозахисних та соціальних стратегій, спрямованих на деконструкцію упереджень і формування інклюзивного соціокультурного середовища, заснованого на принципах рівності, гідності та недискримінаційності.

References

1. APA Dictionary of Psychology. URL: <https://dictionary.apa.org/homophobia>
2. Etymonline: Origin and history of homophobic. URL: <https://www.etymonline.com/word/homophobic>
3. Queen Mary University of London: What is homophobia, transphobia, acephobia and biphobia? URL: <https://reportandsupport.qmul.ac.uk/support/what-is-homophobia-transphobia-acephobia-and-biphobia>
4. Nazi persecution of homosexuals 1933-1945 URL: <https://www.ushmm.org/exhibition/persecution-of-homosexuals/>
5. World Health Organization: Moving one step closer to better health and rights for transgender people. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/17-05-2019-moving-one-step-closer-to-better-health-and-rights-for-transgender-people>
6. National Center of Biotechnology Information: Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31467194/>
7. William Hall, SEXUAL ORIENTATION University of North Carolina at Chapel Hill (2019), (p. 7-8)
8. American Psychological Association: Understanding sexual orientation and homosexuality. URL: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.38

Ruslan Chubuk
Kamila Horemykina

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HOMOPHOBIA IN A MODERN TRANSFORMATIONAL SOCIETY

The theses describe the socio-psychological factors of homophobia as a specific form of discriminatory practice in the context of transformational changes in modern society. The historical and semantic origins of the term «homophobia» are substantiated, its main manifestations in interpersonal and social interaction are outlined, and the consequences of its impact on the psycho-emotional state and social integration of representatives of the LGBTQ+ community in society are revealed.

Considerable attention is paid to the generalization of theoretical and empirical research on the formation of sexual orientation, which is considered as the result of the interaction of biological (genetic, hormonal) and sociocultural determinants. It is argued that homophobic attitudes are derived from persistent social stereotypes and have no scientific basis. It is stated that the chronic effect of stigmatization and marginalization leads to an increased level of psychological distress and social vulnerability of LGBTQ+ individuals. The feasibility and necessity of forming a tolerant public discourse on the principles of human rights as a condition for the democratic development of modern transformational Ukrainian society is substantiated.

Keywords: transformational society, discrimination, sexual orientation, homophobia, tolerance, psycho-emotional state, social stereotypes, social attitudes.

Відомості про автора / Information about the Author

Чубук Руслан, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: r.v.chubuk@ukr.net, orcid.org/0000-0002-8026-8255

Ruslan Chubuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: r.v.chubuk@ukr.net, orcid.org/0000-0002-8026-8255

Каміла Горемикіна, студентка другого курсу першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: ikonic12062018@gmail.com, orcid.org/0009-0000-0930-3399

Kamila Horemykina, second-year student of the first (bachelor's) educational level of higher education, of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: ikonic12062018@gmail.com, orcid.org/0009-0000-0930-3399

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.39

Руслан Чубук
Лілія Кухаренко

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДИСТАНТНИМИ СІМ'ЯМИ

У тезах розглядаються теоретичні аспекти соціальної роботи з дистантними сім'ями, підкреслюючи важливість розуміння специфіки їхніх потреб у сучасному суспільстві. Охарактеризовано вплив фізичної відстані на емоційні зв'язки між членами сім'ї, а також висвітлено використання сучасних технологій для підтримки комунікації. Значну увагу приділено таким теоріям, як системний підхід і теорія прив'язаності, що допомагають пояснити динаміку стосунків у дистантних сім'ях.

У роботі обґрунтовано важливість навчання соціальних працівників ефективним методам підтримки, що включають освітні програми, групову терапію та психологічну допомогу. Наведено приклади стратегій, що можуть бути впроваджені для покращення якості життя членів дистантних сімей, враховуючи їхні емоційні та соціальні потреби. Висвітлено виклики, з якими мають справу дистантні сім'ї, а саме, відчуття ізоляції та стресу, а також розглядаються проблеми адаптації до соціальних втручань.

Ключові слова: дистантна сім'я, соціальна робота, емоційні зв'язки, підтримка, дистантна комунікація, соціальні працівники.

У реалізації сучасної соціальної роботи важливо враховувати особливості дистантних сімей, утворених внаслідок міграції, здобуття освіти або професійної діяльності за межами місця проживання. Міжособистісні стосунки на відстані вимагають переосмислення самої концепції традиційних сімейних відносин, оскільки дистанція може ускладнювати міжособистісну взаємодію. Історія показує, що віддалені сім'ї можуть адаптувати свої механізми комунікації, щоб залишатися на зв'язку. Наприклад, відеозаписи регулярних зустрічей можуть бути цінним інструментом для поглиблення емоційних зв'язків. Однак нестача комунікації може створити більше конфліктів, непорозумінь і відчуження. Сім'ї повинні бути навчені соціальними працівниками ефективною комунікації та стратегіям вирішення конфліктів. Перспективами для обґрунтування цієї теми є наступні теоретичні аспекти: системний підхід, теорія прив'язаності та підхід щодо емоційного інтелекту.

Згідно з *системним підходом*, сім'я – це одиниця, яка функціонує разом і у якій всі члени впливають один на одного. Працюючи з дистантними сім'ями, соціальні працівники мають бути обізнані про системні впливи, емоції, зв'язки. Теорія системного підходу є однією з основних теорій, що використовується для пояснення динаміки стосунків у дистантних сім'ях. Ця теорія вважає сім'ю цілісним об'єднанням, у якому кожна частина взаємопов'язана. Іншими словами, зміни в одному компоненті (наприклад, відстань тіла) обумовлюють зміни у всій системі. Це вказує на те, що соціальна робота не повинна відокремлювати потреби членів сім'ї, а розуміти їх у ширшому контексті стосунків.

Теорія прив'язаності, розвинута Джоном Боулбі, зосереджена на емоційних стосунках між членами сім'ї. Сім'ї, що розмежовані дистанцією, часто мають труднощі у зміцненні цих зв'язків. Соціальні працівники можуть використовувати прийоми з цієї теорії для надання допомоги сім'ям у створенні здорових стосунків залишатися емоційно пов'язаними під час пандемії через платформи комунікації (відеодзвінки, соціальні мережі тощо). Треба відзначити, що не так давно вчені прийшли до висновку: хоча типи прив'язаності відносно стабільні, їх все ж можна міняти.¹

Теорія емоційного інтелекту, сформульована Даніелем Гоулменом, стверджує про необхідність розуміти і керувати емоціями. Сім'ї, які проживають на відстані, повинні розвивати розуміння і контроль над почуттями, щоб підтримувати добрі стосунки. Соціальні працівники можуть допомагати членам сім'ї з проблемами, пов'язаними з дистанцією, навчаючи їх навичкам емоційного інтелекту тощо.

Відтак, психологічні ознаки дистантної сім'ї можна описати наступним чином:

¹ <https://taslife.com.ua/blog/attachment-theory>

По-перше, у дистантних сім'ях часто відзначається відсутність або серйозні проблеми з функціонуванням хоча б одного елемента сімейних взаємин. Це може бути, наприклад, невідповідність мети виховання у дорослих членів сім'ї загальній меті, дезорганізація зв'язків (коли ролі не чітко розподілені, а мета та правила не узгоджені), а також брак активності, яка б задовольняла потреби інших. У результаті, сім'я не готова до змін, і це стосується як окремих її членів, так і всієї родини.

По-друге, якість функціонування таких сімей часто буває низькою, що може призводити до повної нездатності виконувати сімейні обов'язки. Це, в свою чергу, викликає незадоволення основних потреб членів родини ².

Зокрема, слід зазначити, що у системі сімейних взаємин потреби жінки та чоловіка відрізняються. Наприклад, до потреб жінок входить: опіка, розуміння, повага, вірність, виконання бажань, упевненість. До потреб чоловіків входить: довіра, прийняття, вдячність, задоволення, визнання, заохочення ³.

У соціальній роботі також необхідно враховувати культурні виміри віддалених стосунків. Культурні традиції можуть означати, що сім'ї різняться у своєму баченні дистанції і способах підтримання зв'язку. Соціальні працівники повинні бути обізнаними про ці особливості для надання втручань з різними системами сім'ї. Для ефективної соціальної роботи з дистанційними сім'ями важливо розробити комплексні стратегії підтримки, які враховують унікальні потреби кожної родини.

Соціальний працівник відіграє ключову роль у допомозі сім'ям щодо розуміння і вирішення емоційних викликів. Вони можуть запропонувати різні види підтримки, що є сумішшю коучингу і групових сесій. Також важливими є ресурси, доступні для батьків і дітей, щоб управляти будь-якими емоційними потрясіннями. Соціальний працівник може допомогти дистантним сім'ям за допомогою таких методів, як: консультування; групова підтримка; психологічна підтримка та інші. Соціальні працівники повинні бути готовими надати індивідуальні консультації, щоб допомогти членам сім'ї справлятися з емоційними труднощами. Це може включати терапію, що фокусується на управлінні тривогою, депресією та іншими психоемоційними проблемами.

Практика соціальної роботи з дистантними сім'ями не обходиться без труднощів, включаючи географічну відстань у стосунках, що може спричинити відчуття ізоляції та стресу. Соціальні працівники повинні створювати адаптовані моделі підтримки, що відповідають специфічним вимогам сім'ї. Це може варіюватися від живих онлайн-сесій терапії до онлайн-групової терапії та побудови почуття спільності. Взаємодія між членами віддалених родин має власні характеристики через географічні та інші чинники, що переважають у їхніх контактах. Дослідження науковців свідчать, що дистанція може заважати і заохочувати наш спосіб спілкування. Наприклад, у сучасному світі ще ніколи не було так легко підтримувати емоційні стосунки навіть на відстані за допомогою електронної пошти, телефонних або мобільних повідомлень або онлайн-чатів із текстом, відеодзвінками або соціальними мережами, не обов'язково маючи можливість триматися за руки.

Проте, попри всі ці переваги, сім'ї на відстані також мають справу з емоційними викликами, включаючи самотність і тривогу. Змінюється психоемоційний стан членів сім'ї через віддаленість і меншу доступність. Дослідження також показують, що коли фізична присутність відсутня, ми можемо відчути це як тривогу, депресію та низьку самооцінку. Особливо, коли вони виховані у віддалених домівках, ці діти можуть страждати ментально через відсутність одного чи обох батьків.

Перспективним шляхом в контексті даної теми є використання технік, що поліпшують комунікацію. Соціальні працівники можуть мотивувати сім'ї використовувати додатки з відеодзвінками, месенджерами та іншими засобами для підтримки зв'язку. Окрім консультування, соціальна робота повинна містити освітні елементи, що навчають сім'ю ефективним засобам комунікації. Таке навчання може включати, наприклад, навчання емоційному інтелекту, управлінню стресом і вирішенню конфліктів. Інформація та навички, що сім'ї набувають через таке навчання, дадуть можливість будувати здорові стосунки навіть на відстані.

Робота з віддаленими сім'ями також включає групову підтримку. Існує потреба в створенні груп самопомогі для полегшення обміну досвідом, спільними емоціями і почуттями. Це не тільки допоможе зменшити ізоляцію, але й забезпечить платформу для консультацій з іншими, хто переживає подібний досвід. Психологічна підтримка є невід'ємною частиною соціальної роботи з дистанційними сім'ями. Групова підтримка не тільки допоможе зменшити ізоляцію, але й забезпечить платформу для консультацій з іншими, хто переживає подібний досвід.

На фоні повномасштабної війни в Україні, що розпочалася 24 лютого 2022 року, українці стали свідками масового переміщення населення, а решта опинилися в епіцентрі масових руйнувань чи переміщень у пошуках безпеки. На кінець листопада 2024 року вважається, що близько 5,2 мільйона українців ще не повернулися на

² <https://social-science.uu.edu.ua/article/1062>

³ <https://journals.urau.ua/index.php/2227-6246/article/view/158586/157940>

батьківщину. Ця дилема створила труднощі, у вирішенні яких багато сімей потребують допомоги⁴. Сім'ї, розбиті війною, мають численні труднощі з моменту переміщення. Багато хто не може підтримувати регулярний зв'язок через розлуку, що може призвести до емоційних труднощів і почуття самотності. Перебуваючи у важкому становищі, ці сім'ї не мають доступу до житла, роботи та підтримки суспільства; тому вони особливо вразливі до економічних і психологічних труднощів. Ефективна система підтримки сімей є важливою для тих українців, які втратили свої сім'ї і намагаються почати нове життя в незнайомому місці, зберігаючи сімейні стосунки і пристосовуючись до нового середовища.

Підсумовуючи вищезазначене можемо зробити наступний висновок, про те, що соціальна робота з віддаленими сім'ями є багатогранною і важливою сферою, що припускає знання теоретичних основ, особливих динамік і психоемоційного виміру. Сучасні технології, освітні плани, групова підтримка та психологічні втручання можуть допомогти покращити життя цих сімей. Соціальні працівники, озброєні освітою і методико-технологічним інструментарієм, можуть працювати для захисту цих емоційних зв'язків із метою підтримки продовження сімейних відносин і добробуту членів родини у віддалених місцях.

References

8. International Organization for Migration. "Migration and Family Dynamics." URL: <https://www.iom.int/migration-and-family-dynamics>
9. Haskins, R., & Nunn, A. (2018). The Role of Social Workers in Supporting Families in Crisis. "Social Work":(<https://academic.oup.com/sw/article/63/2/103/4850668>)
10. Kovalenko, N. "Emotsiini trudnoshchi dystantnykh simei." *Psykhologhiia simeinykh vidnosyn*, 2020, s. 78-90.
11. Mhratsiina kryza vnaslidok rosiisko-ukrainskoi viiny (z 2022 roku):[https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%96%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B0_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D1%97_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_\(%D0%B7_2022_%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83\)\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%96%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B0_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D1%97_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8_(%D0%B7_2022_%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%83)))
12. Glick, J. E., & Hohmann-Marriott, B. (2009). "Gender and family dynamics in migration." URL: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/597392>
13. Fedorova, M. "Sotsialna robota v umovakh mhratsii." *Sotsialna polityka*, 2021, s. 102-115.

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.39

Ruslan Chubuk
Liliia Kukharenko

THEORETICAL BASIS OF SOCIAL WORK WITH DISTANCE FAMILIES

The abstracts examine the theoretical foundations of social work with distance families, emphasizing the importance of understanding the specifics of their needs in modern society. The impact of physical distance on emotional ties between family members is characterized, and the use of modern technologies to support communication is discussed. Considerable attention is paid to theories such as the systems approach and attachment theory, which help explain the dynamics of relationships in distance families.

The paper substantiates the importance of training social workers in effective support methods, including educational programs, group therapy, and psychological assistance. Examples of strategies that can be implemented to improve the quality of life of members of distance families, taking into account their emotional and social needs, are given.

The challenges faced by long-distance families, such as feelings of isolation and stress, are discussed, and the problems that long-distance families may face, including isolation and stress, and the importance of adapting social interventions are examined.

Keywords: long-distance families, social work, emotional connections, support, long-distance communication, social workers, theoretical foundations.

Відомості про автора / Information about the Author

Чубук Руслан, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: r.v.chubuk@ukr.net, orcid.org/0000-0002-8026-8255

Ruslan Chubuk, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: r.v.chubuk@ukr.net, orcid.org/0000-0002-8026-8255

Лілія Кухаренко, студентка другого курсу першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи, педагогіки і логопедії, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: kukharenkoliliia@gmail.com orcid.org/0009-0002-1951-1743

Liliia Kukharenko, second-year student of the first (bachelor's) educational level of higher education, of the Department of Social Work, Pedagogy and Speech Therapy of the Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: kukharenkoliliia@gmail.com, orcid.org/0009-0002-1951-1743

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.40

Денис Храмцов
Юрій Ворохта
Катерина Мороховська

МЕДИКАМЕНТОЗНІ ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ ПІДХОДИ ДО ВПЛИВУ НА МАЛЬАДАПТИВНУ НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ

У тезах представлено аналіз сучасних стратегій, спрямованих на вплив на нейропластичність центральної нервової системи з метою запобігання дезадаптивним змінам нейронів. Обговорюються як фармакологічні, так і нефармакологічні підходи, з особливим акцентом на міждисциплінарному підході як найбільш перспективному для корекції патологічної нейропластичності та відновлення нейрофункціонального гомеостазу.

Розглянуто роль фізичної терапії та аеробних фізичних вправ у модуляції процесів нейропластичності. Серед нефармакологічних методів значну увагу приділено когнітивно-поведінковій терапії, технікам біологічного зворотного зв'язку, майндфулнес медитації, нейрофідбеку, фізичній реабілітації та застосуванню неінвазивної нейромодуляції.

Ключові слова: реабілітація, лікування, нейропластичність, хронічний біль, депресія, посттравматичний стресовий розлад, obsesивно-компульсивний розлад, залежності

Мальадаптивна нейропластичність — це процес, за якого нейрональні зміни, що виникають у відповідь на зовнішні або внутрішні стимули, призводять не до адаптації, а до стійких функціональних порушень [1]. Вона лежить в основі широкого спектра неврологічних і психіатричних розладів, таких як хронічний біль, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), фантомні болі, obsesивно-компульсивний розлад (ОКР), епілепсія та залежності [1-3].

Метою сучасної медицини є модуляція або переривання патологічної нейропластичності з метою повернення до функціонально адаптивного стану. Медикаментозні втручання включають застосування препаратів, які впливають на нейротрансмітерні системи, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), дофамінергічні агенти, модулятори глутаматергічної та ГАМК-ергічної передачі [1, 2, 4, 5]. Наприклад, прегабалін і габапентин ефективні у зниженні нейропатичного болю через вплив на кальцієві канали й блокування надмірного синаптичного збудження. Мемантин, антагоніст NMDA-рецепторів, показав ефективність у лікуванні деменції та хронічного болю [4].

У дослідженнях останніх років вивчається роль психоделічних сполук (псилобіцин, LSD, кетамін) як індукторів «перепрограмування» патологічних мереж завдяки активації нейрогенезу й підвищенню синаптичної пластичності [6]. Немедикаментозні методи включають когнітивно-поведінкову терапію, методи біологічного зворотного зв'язку, майндфулнес-медитацію, нейрофідбек, фізичну реабілітацію та застосування неінвазивної нейростимуляції (транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС), транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS)) [7-9]. Наприклад, ТМС дозволяє модуляцію кори головного мозку при депресії, зменшуючи гіперактивність у префронтальній корі, що є характеристикою мальадаптивної мережі [7]. Методи зворотного біологічного зв'язку (нейрофідбек) спрямовані на навчання пацієнтів саморегуляції мозкової активності, зокрема у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності та дорослих із тривожними розладами [8]. Аеробні фізичні вправи також демонструють здатність покращувати нейропластичність через підвищення рівня нейротрофічного фактора мозку (BDNF) [10].

Пептидергічні препарати мають значний потенціал у модуляції нейропластичності, особливо в контексті нейрореабілітації після інсульту [11, 12]. Ці засоби діють на рівні клітинної комунікації, сприяючи регенерації нейрональних зв'язків, зменшенню апоптозу, покращенню метаболізму нейронів і модуляції імунної відповіді в ЦНС. Після ішемічного або геморагічного інсульту головний мозок втрачає частину синаптичних зв'язків та нейронів, і подальша функціональна компенсація значною мірою залежить від здатності мозку до реорганізації

— тобто нейропластичності. Одними з найперспективніших засобів у цьому напрямі є ноопепт, церебралізін, семакс, кортексин та нейропептиди, подібні до вазоактивного інтестинального пептиду (VIP) або пептиду, що активує аденілатциклазу гіпофіза (PACAP). Наприклад, церебралізін — це комплекс пептидів і амінокислот, отриманих з мозкової тканини свиней, який чинить нейротрофічну дію, аналогічну до дії ендогенних факторів росту (BDNF, NGF). Він сприяє утворенню нових синапсів, покращує нейрональну пластичність, активує антиапоптозні механізми та знижує рівень глутаматної ексайтотоксичності. Клінічні дослідження показують, що застосування церебралізіну протягом перших тижнів після інсульту покращує відновлення моторних функцій і когніції. Семакс, синтетичний аналог адренкортикотропного гормону (АКТГ 4–10), проявляє ноотропну та нейропротекторну активність, модуляцію експресії BDNF і захист нейронів від гіпоксії та окисного стресу. Кортексин — це ще один пептидний біорегулятор, який чинить нейрометаболічну, нейропротекторну й антиоксидантну дію, а також впливає на процеси синаптогенезу та транскрипційної регуляції генів, що беруть участь у відновленні після нейротравм. Деякі експериментальні моделі доводять ефективність пептидних препаратів у стимуляції ангиогенезу й неогліогенезу в зоні ішемічної пенумбри [12]. Водночас важливо зазначити, що більшість пептидних засобів недостатньо досліджені в контексті доказової медицини, і хоча клінічні результати обнадійливі, вони часто базуються на дослідженнях з обмеженою вибіркою або відкритим дизайном. Тому доцільність їхнього широкого застосування потребує подальших багатоцентрових рандомізованих клінічних досліджень.

Фізична терапія є ключовим немедикаментозним методом впливу на нейропластичність [10] і може відігравати вирішальну роль у профілактиці та корекції мальадаптивної нейропластичності, особливо у пацієнтів після інсульту та з хворобою Паркінсона [13-15]. Після інсульту, за відсутності цілеспрямованої терапії, мозок може формувати патологічні функціональні мережі, що підтримують спастичність, неефективні рухові стереотипи або порушення балансу, тобто — адаптацію до дефіциту, а не до відновлення. Своєчасне застосування фізичної терапії — зокрема інтенсивних, індивідуалізованих програм — сприяє активації залишкових нейрональних мереж, стимулює компенсаторні зони кори головного мозку та гальмує розвиток патологічних рухових шаблонів. Наприклад, методика зворотного зв'язку при тренуванні ходьби або верхніх кінцівок допомагає відновити симетричність руху та покращує міжпівкульну координацію. Використання терапії із затримкою використання здорової руки (constraint-induced movement therapy, CIMT) сприяє активації моторної кори ураженої півкулі та зменшує домінування контралатеральної півкулі, запобігаючи розвитку так званої міжпівкульної дисбалансної інгібіції — механізму, що лежить в основі мальадаптивної пластичності. У хворих на хворобу Паркінсона фізична терапія запобігає формуванню патологічних рухових стратегій (наприклад, гіпокінезії, замерзання ходьби), що можуть закріплюватися у вигляді стійких дисфункціональних нейрональних контурів у базальних гангліях. Регулярне виконання аеробних вправ, танцювальна терапія, заняття за методикою LSVT BIG або спеціалізовані програми для тренування балансу й просторової орієнтації активують стріатум, префронтальну кору та мозочок, покращуючи моторне планування та автоматизацію рухів. Крім того, фізичне навантаження підвищує рівень нейротрофічного фактора мозку (BDNF), який є критично важливим для позитивної нейропластичності [14, 15]. Таким чином, фізична терапія — це не лише засіб відновлення, а й інструмент нейропротекції та запобігання укоріненню патологічних зв'язків у нервовій системі.

Наведене дозволяє стверджувати, що міждисциплінарний підхід, який поєднує фармакологічні та немедикаментозні стратегії, є найбільш перспективним у корекції патологічної нейропластичності й відновленні нейрофункціонального гомеостазу.

References

1. Puderbaugh M, Emmady PD. Neuroplasticity. [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557811/>
2. Li XY, Wan Y, Tang SJ, Guan Y, Wei F, Ma D. Maladaptive Plasticity and Neuropathic Pain. *Neural Plast.* 2016;2016:4842159. doi: 10.1155/2016/4842159. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26925270; PMCID: PMC4748137.
3. Lotze M. Maladaptive Plastizität bei chronischen und neuropathischen Schmerzen [Maladaptive plasticity in chronic and neuropathic pain]. *Schmerz.* 2016 Apr;30(2):127-33. German. doi: 10.1007/s00482-015-0080-7. PMID: 26692212.
4. Jayathilake NJ, Phan TT, Kim J, Lee KP, Park JM. Modulating neuroplasticity for chronic pain relief: noninvasive neuromodulation as a promising approach. *Exp Mol Med.* 2025 Mar;57(3):501-514. doi: 10.1038/s12276-025-01409-0. Epub 2025 Mar 3. PMID: 40025172; PMCID: PMC11958754.
5. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Toelle T, Rice AS. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 27;2014(4):CD007938. doi: 10.1002/14651858.CD007938.pub3.

- Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 09;6:CD007938. doi: 10.1002/14651858.CD007938.pub4. PMID: 24771480; PMCID: PMC6464253.
6. Fernandez-Espejo E, Rodriguez-Espinosa N. Psychostimulant Drugs and Neuroplasticity. Pharmaceuticals (Basel). 2011 Jun 30;4(7):976–91. doi: 10.3390/ph4070976. PMCID: PMC4058673.
 7. Thomas J, Fauchon C, Oriol N, Vassal F, Créac'h C, Quesada C, Peyron R. Effects of multiple transcranial magnetic stimulation sessions on pain relief in patients with chronic neuropathic pain: A French cohort study in real-world clinical practice. Eur J Pain. 2025 Jan;29(1):e4763. doi: 10.1002/ejp.4763. PMID: 39655628; PMCID: PMC11629460.
 8. Sharma M, Farahani F, Bikson M, Parra LC. Weak DCS causes a relatively strong cumulative boost of synaptic plasticity with spaced learning. Brain Stimul. 2022 Jan-Feb;15(1):57-62. doi: 10.1016/j.brs.2021.10.552. Epub 2021 Nov 5. PMID: 34749007; PMCID: PMC8816825.
 9. Motolese F, Capone F, Di Lazzaro V. New tools for shaping plasticity to enhance recovery after stroke. Handb Clin Neurol. 2022;184:299-315. doi: 10.1016/B978-0-12-819410-2.00016-3. PMID: 35034743.
 10. Ferrazzoli D, Orтели P, Iansek R, Volpe D. Rehabilitation in movement disorders: From basic mechanisms to clinical strategies. Handb Clin Neurol. 2022;184:341-355. doi: 10.1016/B978-0-12-819410-2.00019-9. PMID: 35034747.
 11. Khramtsov D.N., Stoyanov O.N., Muratova T.N., Pulyk O.R. Neurorehabilitation in the Early Recovery Period of Ischemic Stroke. Pharmacology Support // Acta Balneologica. – 2021. – Vol. 63, N1(61). – P. 22-25
 12. Храмцов Д. М., Стоянов О. М., Грузевський О. А., Шевчук Г. Ю. Комплексна нейрореабілітація постінсультних хворих // Медична наука України. – 2022. – Vol. 18, N3. – P. 52-59
 13. Mojtavavi H, Shaka Z, Momtazmanesh S, Ajdari A, Rezaei N. Circulating brain-derived neurotrophic factor as a potential biomarker in stroke: a systematic review and meta-analysis. J Transl Med. 2022 Mar 14;20(1):126. doi: 10.1186/s12967-022-03312-y. PMID: 35287688; PMCID: PMC8919648.
 14. Freidle M, Johansson H, Ekman U, Lebedev AV, Schalling E, Thompson WH, Svenningsson P, Lövdén M, Abney A, Albrecht F, Steurer H, Leavy B, Holmin S, Hagströmer M, Franzén E. Behavioural and neuroplastic effects of a double-blind randomised controlled balance exercise trial in people with Parkinson's disease. NPJ Parkinsons Dis. 2022 Jan 21;8(1):12. doi: 10.1038/s41531-021-00269-5. PMID: 35064138; PMCID: PMC8782921.
 15. Romero Garavito A, Díaz Martínez V, Juárez Cortés E, Negrete Díaz JV, Montilla Rodríguez LM. Impact of physical exercise on the regulation of brain-derived neurotrophic factor in people with neurodegenerative diseases. Front Neurol. 2025 Jan 28;15:1505879. doi: 10.3389/fneur.2024.1505879. PMID: 39935805; PMCID: PMC11810746.

DOI 10.34132.msps2025.01.08.40

Denys Khramtsov
Yurii Vorokhta
Kateryna Morokhovska

PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL APPROACHES TO MODULATING MALADAPTIVE NEUROPLASTICITY

The abstract presents an analysis of current strategies aimed at influencing central nervous system neuroplasticity with the goal of preventing maladaptive neuronal changes. Both pharmacological and non-pharmacological approaches are discussed, with a particular emphasis on the interdisciplinary approach as the most promising for correcting pathological neuroplasticity and restoring neurofunctional homeostasis.

The role of physical therapy and aerobic exercise in modulating neuroplasticity processes is examined. Among non-pharmacological methods, significant attention is given to cognitive-behavioral therapy, biofeedback techniques, mindfulness meditation, neurofeedback, physical rehabilitation, and the use of non-invasive neuromodulation.

Keywords: rehabilitation, treatment, neuroplasticity, chronic pain, depression, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, addictions

Відомості про авторів / Information about the Authors

Храмцов Денис, кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичних дисциплін, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: khramtsov@chmnu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9254-5814>

Denys Khramtsov, MD, PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: khramtsov@chmnu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9254-5814>

Ворохта Юрій, кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичних дисциплін, Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: y.vorokhta@chmnu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8390-4261>

Yurii Vorokhta, MD, PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Therapeutic Disciplines, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: y.vorokhta@chmnu.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8390-4261>

Мороховська Катерина, лікар-невролог, МЦ «Експерт Хелс», м. Одеса, Україна, E-mail: experthealth.od@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7224-3033>

Kateryna Morokhovska, MD, Neurologist, «Expert Health» Medical Center, Odesa, Ukraine. E-mail: experthealth.od@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7224-3033>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.41

Наталія Яковенко
Ігор Хомуленко

ВІТРЯНА ВІСПА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, НАСЛІДКИ ДЛЯ ПЛОДУ

Тези присвячені вивченню проблеми вітряної віспи під час вагітності. Вітряна віспа є поширеним інфекційним захворюванням, як правило, з легким перебігом у дітей, та більш важким, ускладненим, яке може призвести навіть до смерті - у дорослих. Випадки захворювання на вітряну віспу під час вагітності є відносно рідкісними, однак становлять значну медичну загрозу через високу частоту ускладнень, таких як пневмонія, гепатит, енцефаліт, що зумовлює до 2% материнської смертності. Серед клінічних форм внутрішньоутробного інфікування виділяють синдром вродженої вітряної віспи (CVS) та неонатальну вітрянку (Neonatal Varicella). Ступінь впливу інфекції на плід та характер клінічної картини залежать від таких факторів, як термін гестації, форма захворювання у матері, його тяжкість, а також наявність супутніх патологій. Незважаючи на клінічну важливість, у сучасній медичній літературі бракує систематизованих даних щодо цієї проблеми, що підкреслює необхідність подальших досліджень питання перебігу вітряної віспи під час вагітності.

Ключові слова: вітряна віспа, вагітність, діти.

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, переважно дитячого віку, що характеризується везикулярними елементами висипу, часто гарячкою та загальним нездужанням. Найвищий рівень захворюваності спостерігається серед дітей віком від 3 до 10 років, на яких припадає близько 80% усіх випадків. У дітей першого року життя вітряна віспа реєструється значно рідше (близько 25%), а немовлята віком до шести місяців хворіють дуже рідко завдяки наявності вродженого імунітету. В той же час, розвиток вітряної віспи у новонароджених, особливо недоношених, асоціюється з важким перебігом і часто серйозним прогнозом [1].

Вірус вітряної віспи є висококонтагіозним інфекційним агентом, значна частина населення планети інфікуються ним ще в дитячому віці [4, 7, 10], тому більшість жінок дітородного віку мають імунітет до повторного первинного інфікування [7, 10]. Але, незважаючи на досить низьку захворюваність цієї категорії пацієнтів, вітряна віспа залишається серйозною проблемою під час вагітності, асоціюється з розвитком пневмонії, гепатиту, енцефаліту, і призводить до 2% смертності серед матерів [3]. У разі розвитку материнської пневмонії, яка виникає у 9–22% випадків, рівень смертності серед вагітних може становити від 3–14% до 20–45%, залежно від своєчасності призначення протівірусної терапії або її відсутності [4, 7, 10]. Ймовірність розвитку пневмонії зростає зі збільшенням строку гестації, що може бути зумовлено як відносною імуносупресією, характерною для вагітності, так і особливостями роботи діафрагми на пізніх термінах гестації.

Вітряна віспа під час вагітності не вважається показанням до її переривання, однак становить потенційну загрозу для плода. Ступінь ризику залежить від низки факторів: терміну гестації, форми та тяжкості перебігу захворювання у матері, а також наявності супутньої патології. Вірус вітряної віспи здатен передаватися плоду трансплацентарно протягом вагітності, трансцервікально під час пологів, а також після народження – шляхом прямого контакту. Внутрішньоутробно вірус передається плоду від хворої матері в 25% випадків [4].

На ранніх термінах вагітності інфікування вірусом вітряної віспи може призвести до мимовільного викидня, внутрішньоутробної загибелі плода або розвитку вроджених вад. Однак низка авторів не вважає інфекцію VZV безпосередньою причиною викиднів у першому триместрі [4]. На відміну від краснухи, ризик розвитку вад у плода при вітряній віспі залишається відносно низьким і становить приблизно 1% [11]. Затримка внутрішньоутробного розвитку діагностується приблизно в 23% випадків, а низька маса тіла при народженні є типовою майже для всіх новонароджених, матері яких перенесли вітряну віспу під час вагітності. Частота спонтанних передчасних пологів у таких випадках також є статистично вищою – 14,3% порівняно з 5,6% серед жінок без інфекції VZV ($P=0,05$) [6].

Клінічними формами внутрішньоутробної вітрянки є синдром вродженої вітряної віспи (Congenital Varicella Syndrome, CVS) і неонатальна вітрянка (Neonatal Varicella).

Синдром вродженої вітряної віспи (CVS) був вперше описаний в 1947 році. CVS пов'язаний з рівнем смертності 30% у перші кілька місяців життя дитини та 15% ризиком розвитку Herpes Zoster (HZ) між 2-м та 41-м місяцями життя [8].

Синдром вродженої вітряної віспи (CVS) характеризується наявністю мультисистемних уражень, що формуються внаслідок трансплацентарного інфікування плода вірусом вітряної віспи. Неврологічні порушення, такі як мікроцефалія, енцефаліт, кортикальна атрофія, синдром Горнера, гідроцефалія, розумова відсталість, спостерігаються в 48–62% випадків. Ураження шкіри (рубці, гіпопигментації, дефекти з дерматоміотомним розподілом, відсутність ділянок шкіри) реєструються приблизно у 70% новонароджених. Аномалії скелета, зокрема однобічна гіпоплазія кінцівок, гіпоплазія грудної клітки, рудиментарні пальці та клишоногість, виявляються в 46–72% випадків. Порушення з боку органів зору, такі як анофтальмія, мікрофтальмія, анізокорія, атрофія зорового нерва, хоріоретиніт та катаракта, відзначаються в 44–52% випадків. Крім того, можливі і інші ураження: м'язова гіпоплазія, затримка фізичного розвитку, вади шлунково-кишкового тракту, патології сечостатевої системи (гідроуретер, гідронефроз) та серцево-судинні аномалії – у 7–24% новонароджених [4, 11].

Частота виникнення CVS залежить від гестаційного віку, на якому відбулось зараження вітряною віспою. Первинна інфекція VZV у перші два триместри вагітності призводить до внутрішньоутробної інфекції в 25% випадків, а вроджені аномалії, описані при CVS, очікуються приблизно у 3–12% інфікованих плодів [4, 5, 11]. В цей же час, при інфікуванні вагітної в терміні між 20 та 28 тижнями гестації, випадки CVS майже не реєструються [4], що пов'язано з піком передачі плоду материнських антитіл через плаценту. Однак внаслідок латентної форми вродженої VZV-інфекції впродовж найближчих місяців після народження і перших років життя у дитини може розвинути клінічна картина оперізуючого герпесу.

Захворювання на вітряну віспу жінок після 36 тижня вагітності супроводжується повторно зростаючим ризиком внутрішньоутробного інфікування плода. Ризик розвитку неонатальної вітрянки (Neonatal Varicella) при цьому складає 50% [5].

У разі захворювання матері на вітряну віспу більш ніж за тиждень до пологів, перебіг захворювання у новонароджених, як правило, є легким або хвороба взагалі не проявляється клінічно. Це зумовлено тим, що впродовж цього часу в організмі матері встигають сформуватися специфічні антитіла до вірусу, які трансплацентарно передаються плоду, забезпечуючи йому пасивний імунітет [4, 9].

Найвищий ризик захворювання новонародженого на вітрянку та підвищений ризик важкого перебігу, виникає при захворюванні матері за 4–5 днів до пологів, або впродовж першого тижня після пологів [4, 9]. В таких випадках ймовірність вродженої вітрянки становить 10–20%, а смертність становила 30% в еру до розвитку інтенсивної терапії новонароджених, впровадження противірусного лікування і використання Varicella-Zoster імуноглобуліну (VZIG), і становить 7% на сучасному етапі [4, 11]. До групи ризику відносяться діти, народжені в термін вагітності до 28 тижня і з масою тіла менше 1000г. Важливим прогностичним критерієм щодо ризику летального наслідку при неонатальній вітряній віспі є час появи первинної екзантеми. У випадках, коли висип виникає у новонародженого на 6–11-й день життя, зазвичай спостерігається тяжкий перебіг захворювання з можливим розвитком генералізованих форм, що супроводжуються ураженням життєво важливих органів (легенів, міокарда, нирок), а також високим рівнем летальності [2]. Натомість поява екзантеми в перші 5 днів життя, як правило, не асоціюється з розвитком тяжких ускладнень або летальних випадків. Якщо ж симптоми захворювання розвиваються після 10–12 дня життя, вважається, що інфікування відбулося вже постнатально, і такий варіант перебігу вітряної віспи зазвичай не становить серйозної загрози для здоров'я новонародженого.

Висновки. Вітряна віспа є гострим інфекційним захворюванням, яке, як правило, асоціюється з легким перебігом у пацієнтів дитячого віку і більш важким у дорослих, особливо у груп ризику, до яких відносяться і вагітні. Хоча ускладнення вітряної віспи доволі рідкісні, не можна ігнорувати потенційну можливість серйозного фето-материнського захворювання та навіть смерті. Найвищий рівень смертності та важкого перебігу вітряної віспи під час вагітності спостерігається при наявності синдрому вродженої вітряної віспи, материнської вітряночної пневмонії та неонатальної вітряної віспи.

References

1. Kramar'ov Ts.O., Palatna L.O., Voronov O.O., Holovach O.V., Seliverstova K.A., Lysyj A.V. (2017) Vrozhzheni vitriana vispa u ditej: osoblyvosti suchasnoho perebihu, vypadky z praktyky [Congenital chickenpox in children: features of the modern course, cases from practice]. *Dytiachyj likar – Pediatrician*, 5-6 (56-57), (pp. 5-10) [in Ukrainian].
2. Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended adult immunization schedule: United States (2011). *Annals of Internal Medicine*, 154 (3), (pp. 168-173) [in English].
3. Chickenpox and pregnancy. (2024) URL: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/chickenpox-and-pregnancy/> [in English].

4. Lamont R.F., Sobel J.D., Carrington D., Mazaki-Tovi S., Kusanovic J.P., Vaisbuch E., Romero R. (2011) Varicella Zoster Virus (Chickenpox) Infection in Pregnancy. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118 (10), (pp. 1155–1162). DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02983.x [in English].
5. McCormack T., Webster C. (2024) Varicella Zoster infection. URL: <https://teachmeanbgyn.com/pregnancy/medical-disorders/infections/varicella-zoster/> [in English].
6. Pastuszak A.L., Levy M., Schick B., Zuber C., Feldkamp M., Gladstone J. (1994) Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 330 (13), (pp. 901–905). DOI: 10.1056/NEJM199403313301305 [in English].
7. Sampathkumar P., Drage L.A., Martin D.P. (2009) Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 84 (3), (pp. 274-280) [in English].
8. Sauerbrei A., Wutzler P. (2005) Varicella-Zoster Virus Infections During Pregnancy: Epidemiology, Clinical Symptoms, Diagnosis, Prevention and Therapy. *Current Pediatric Reviews*, 1. (pp. 205–215) [in English].
9. Shapiro E.D., Vazquez M., Esposito D. (2011) Effectiveness of 2 doses of varicella vaccine in children. *Journal of Infectious Diseases*, 203 (3), (pp. 312-315) [in English].
10. Schmader K.E., Levin M.J., Gnann J.W.Jr. (2012) Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in person aged 50-59 years. *Clinical Infectious Diseases*, 54 (7), (pp. 922-928) [in English].
11. Tseng H.F., Smith N., Harpaz R. (2011) Herpes zoster vaccine in older adults and their subsequent herpes zoster disease. *JAMA*, 305 (2), (pp. 160-166) [in English].

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.41

Nataliia Iakovenko
Igor Khomulenko

CHICKENPOX IN PREGNANCY: COURSE CHARACTERISTICS, CONSEQUENCES FOR THE FETUS

The theses are devoted to the study of the problem of Chickenpox in pregnancy. Chickenpox is a common infectious disease, usually mild in children and more severe, complicated, and even fatal in adults. Chickenpox during pregnancy is not very common, but despite this, it remains a serious problem for this category of patients, associated with the development of pneumonia, hepatitis, encephalitis, and leads to 2% mortality among mothers. Clinical forms of intrauterine chickenpox are Congenital Varicella Syndrome (CVS) and Neonatal Varicella. The severity of clinical manifestations in the fetus and newborn will depend on many factors: gestational age, form of infection in the mother, severity of the disease, presence of concomitant pathology in mother. In the medical literature of recent years, there is not much systematic data on this problem, and the seriousness of the adverse effects makes it necessary to study this issue in more depth.

Key words: chickenpox, pregnancy, children.

Відомості про автора / Information about the Author

Наталія Яковенко, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: kom75577@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5669-7957>

Nataliia Iakovenko, Candidate of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: kom75577@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5669-7957>

Ігор Хомуленко, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: khomulenko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1947-6485>

Igor Khomulenko, Candidate of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Pediatrics and Surgical Disciplines of Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: khomulenko@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1947-6485>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.42

Ольга Яремчук,
Марія Бут

ПРОГНОЗ РИЗИКУ СЕРЦЕВОГО НАПАДУ З ВИКОРИСТАННЯМ WEKA

Тези представляють рішення проблеми класифікації для покращення продуктивності використання штучних нейронних мереж та розробку функцій задля вдосконалення відомого набору даних для прогнозування серцевих нападів. Дослідження спрямоване на підвищення прогностичної потужності та зменшення обсягу набору даних за допомогою методів глибокого навчання для потреб клінічної діагностики.

Підвищити точність прогнозування рівня ризику серцевого нападу можливе шляхом зменшення розміру набору необроблених даних. Це призводить до більш надійних, менш трудомістких і менш дорогих клінічних діагнозів.

Оптимальне зменшення розмірності та шумів у наборі даних про хвороби серця та застосування алгоритмів класифікації з використанням штучних нейронних мереж є перспективними для підвищення його прогностичної здатності до клінічно прийнятного стандарту.

Ключові слова: машинне навчання, набір даних про хворобу серця, ризик серцевого нападу, очищення від шуму, ефективність діагностики.

Серцевий напад, також відомий як інфаркт міокарда, виникає, коли артерія, яка постачає насичену киснем кров до серця, блокується. Така недостатність кровотоку може спричинити серйозне пошкодження серцевого м'яза та загрожувати життю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно одна третина всіх смертей у світі викликана серцево-судинними захворюваннями, і приблизно 85% цих смертей є результатом серцевих нападів. Як наслідок, прогноз ризику серцевих нападів продовжує бути в центрі уваги клініцистів та експертів з машинного навчання [1].

Однак важливо зазначити, що точність прогнозів із цього набору даних лише незначно зросла з 1988 [2] до 2021 [1], досягнувши приблизно 90% [1]. В принципі, це вже було б досить точно, хоча, можливо, не для медичної діагностики. Тим не менш, ця відсутність прогресу свідчить про те, що може знадобитися перегляд і вдосконалення початкового набору даних за допомогою сучасних методів розробки функцій.

Набір даних, згаданий вище, датується 1988 роком і об'єднує чотири окремі набори даних. Він містить 13 атрибутів і одну додаткову цільову змінну, охоплює 303 екземпляри та не має відсутніх значень, як стверджується в [2]. Джерело також вказує, що попередня версія набору даних мала 76 атрибутів, але опублікована версія є більш короткою.

Таблиця 1

Опис набору даних [2]

ID	Назва атрибута	Тип	Опис	Одиниця	Діапазон
1	age	ціле число	Вік пацієнтів	років	29 - 77
2	sex	номінальний	Стать		0, 1 = жінка, чоловік
3	cp	номінальний	Тип болю в грудях		0 = Типова стенокардія, 1 = Атипова стенокардія, 2 = Неангінальний біль, 3 = Безсимптомний
4	trtbps	справжній	Артеріальний тиск у спокої	мм рт. ст	94 -200
5	chol	справжній	Холестерин за допомогою датчика IMT	мг/дл	126 - 564
6	fbs	номінальний	рівень цукру в крові натще > 120 мг/дл		0, 1 = false , true

ID	Назва атрибута	Тип	Опис	Одиниця	Діапазон
7	restecg	номінальний	Результати ЕКГ у спокої		0, 1,3 = Нормальний, ST,?
8	thalachh	ціле число	Досягнуто максимального пульсу	уд/хв	71 - 202
9	oldpeak	справжній	Депресія ST, спричинена фізичним навантаженням відносно відпочинку	?	0 – 6,2
10	slp	номінальний	нахил піку навантаження на сегмент ST		0,1,2 = вгору, рівно, вниз
11	caa	ціле число	Кількість великих судин, забарвлених при рентгеноскопії		0 - 4
12	thall	номінальний	Результат стрес-тесту на талій		0 - 3
13	exng	номінальний	Стенокардія фізичного навантаження		0,1 = Ні, Так
14	output	номінальний	Цільова змінна		0,1 = менше шансів серцевого нападу, більше шансів серцевого нападу

З 303 випадків у 138 визначено низький ризик серцевого нападу, тоді як у 165 визначено високий ризик серцевого нападу. Набір даних містить вісім номінальних і п'ять числових атрибутів цілого чи дійсного (з плаваючою точкою) типів. П'ять числових атрибутів охоплюють різні масштаби, діапазони та природу.

Варто також нагадати застереження [3] щодо деяких проблем із набором даних:

- Розподіл даних у різних вікових групах, причому більшість тих, хто демонструє захворювання серця, зустрічаються у людей віком від 40 до 75 років;
- Чоловічі та жіночі записи не однаково представлені в даних, а кількість чоловічих записів значно вища, ніж жіночих записів;
- Кількість екземплярів здається занадто малою для ефективного використання алгоритмів глибокого навчання (DL).

Використання програмного забезпечення WEKA

Використовувалося програмне забезпечення WEKA на основі Java (v.3.9.6). Він включає три алгоритми класифікації, що використовують нейронні мережі (DL): D4jMlp, багатошаровий персептрон (MLP) і голосований персептрон (VP).

Перш за все, початковий набір даних був стандартизований, що означає, що всі атрибути, крім цільової змінної, були відцентровані за середніми значеннями та нормалізовані на їх стандартні відхилення. Деякі класифікатори включають стандартизацію або нормалізацію як варіант, але краще зробити це своєчасно. Зауважимо, що таке перетворення було єдиним для вихідного набору даних.

Ранжування та вибір атрибутів: скорочений набір даних

Marle 2023, зокрема його пакети програм «LinearAlgebra» та «Statistics», використовувався в цьому розділі у співпраці з WEKA. Ми вибрали вісім алгоритмів WEKA для ранжування атрибутів, і результати можна знайти в таблиці 2 разом із результатами ранжування для всіх 13 атрибутів (за винятком цільового атрибута) початкового набору даних. У таблиці 2 (третій стовпець) і тексті нижче автори використовують ідентифікатори атрибутів з таблиці 1.

Таблиця 2

Ранжування атрибутів (ознак)

немає	Оцінювач WEKA	Ранги атрибутів (найкращі спочатку)
1	Фільтр рейтингу кореляції	13,9,10,8,3,12,11,2,1,7,4,5,6
2	Оцінювач функції Gain Ratio	13,9,8,3,12,10,11,2,1,7,6,4,5
3	Інформаційний рейтинговий фільтр	13,3,12,10,9,8,11,1,2,7,6,5,4
4	Оцінювач функцій OneRule	13,3,12,9,11,10,8,1,2,7,4,5,6
5	Фільтр рейтингу RELIEF	12,3,13,2,11,9,7,10,8,1,6,4,5
6	PairwiseCorrelationAttributeEval	3,3,9,12,8,10,11,2,1,7,6,5,4
7	Симетричний фільтр ранжирування невизначеності	13,3,9,12,8,10,11,2,1,7,6,4,5
8	Оцінювач функцій J48	13,3,12,9,8,11,10,1,2,7,6,5,4

З таблиці 2 видно, що найчастіше першу позицію (ранг 1) займає ознака з ID 13, тобто «exng» (стенокардія фізичного навантаження). При цьому атрибути з ідентифікаторами 4,5,6 ("trtbps, chol, fbs") завжди мають три нижніх ранги.

Результатом процедури ранжирування є матриця рангів із 13 стовпцями (що представляють кількість характеристик) і вісьмома рядками (що відповідають кількості оцінювачів). Медіанний ранг для кожного атрибута (стовпця) можна обчислити разом із його середнім відхиленням. Автор віддає перевагу медіані над середнім, враховуючи цілочисельний характер рангів у згаданий вище матриці.

References

1. Gupta, S.K., Shrivastava, A., Upadhyay, S.P., and Chaurasia, P.K. (2021). A Machine Learning Approach for Heart Attack Prediction. International Journal of Engineering and Advanced Technology.10,(6). <https://doi.org/10.35940/ijeat.f3043.0810621>
2. Janosi A., William S., Pfisterer M., and Detrano R., (1988). Heart Disease. UCI Machine Learning Repository. <https://doi.org/10.24432/C52P4X>
3. Ruqiya, Muhammad Tayyab Yaqoob, Abid Muhammad Khan, Aftab Ahmed Shaikh1, Noman Khan. Review on Cleveland Heart Disease Dataset using Machine Learning. Quaid-e-Awam Univ Res J Eng Sci Technol. 2023;21:87-98. <http://dx.doi.org/10.52584/QRJ.2101.11>

DOI 10.34132.mspc2025.01.08.42

Olga Yaremchuk
Mariia But

HEART ATTACK RISK PREDICTION WITH WEKA

The thesis presents a solution to the classification problem to improve the performance of artificial neural networks and the development of functions for improving a well-known dataset for predicting heart attacks. The study aims to increase the predictive power and reduce the size of the dataset using deep learning methods for clinical diagnostic purposes.

It is possible to improve the accuracy of heart attack risk prediction by reducing the size of the raw data set. This leads to more reliable, less time-consuming and less expensive clinical diagnoses.

Optimal dimensionality and noise reduction in the heart disease dataset and the application of classification algorithms using artificial neural networks are promising to improve its predictive ability to a clinically acceptable standard.

Keywords: machine learning, heart failure dataset, survival chances, noise cleaning, diagnostics performance

Відомості про автора / Information about the Author

Ольга Яремчук, аспірантка кафедри комп'ютерної інженерії, ст. викладач кафедри медичної біології та фізики, мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології Навчально-наукового медичного інституту, Чорноморський національний університет ім. Петра Могили, Миколаїв, Україна. E-mail: olga.yaremchuk.77@gmail.com, ORCID. 0000-0002-0891-4216

Olga Yaremchuk, PhD student, Department of Computer Engineering, Senior Lecturer of the Department of Medical Biology and Physics, Microbiology, Histology, Physiology, and Pathophysiology, Educational and Scientific Medical Institute, Petro Mohyla Black Sea National University Mykolayiv, Ukraine, E-mail: olga.yaremchuk.77@gmail.com, ORCID. 0000-0002-0891-4216

Марія Бут, студентка 5 курсу Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: mbut2003@gmail.com

Mariia But, 5th year student, Educational and Scientific Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: mbut2003@gmail.com

VIRTUAL AND AUGMENTED REALITY IN THE EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS

Virtual reality (VR) and augmented reality (AR) technologies play an extremely important role in the healthcare sector, where their application allows for better diagnosis, treatment, and rehabilitation of patients.

The role of VR and AR technologies in planning complex surgeries is particularly noteworthy, where they allow surgeons to pre-model interventions and receive visual cues in real time, reducing the trauma of operations and increasing their efficiency. In rehabilitation programs, VR and AR are becoming indispensable tools for physical and cognitive rehabilitation of patients, providing effective methods of restoring motor and cognitive functions.

Keywords: *virtual technologies, augmented reality technologies, medical students, patient rehabilitation, VR simulators.*

Virtual reality (VR) and augmented reality (AR) have become an integral part of the modern digital world. They are changing approaches to education, entertainment, and professional activities. They open up new opportunities for interacting with information, create intuitive tools for analysis, visualization, and training.

These technologies play a particularly important role in the healthcare sector, where their application allows for better diagnosis, treatment and rehabilitation of patients. The relevance of VR and AR in medicine is growing every year. They are becoming key elements of the digital transformation of healthcare systems, helping to overcome traditional barriers to doctor training, communication with patients, and the organization of treatment processes [3, 8, 1].

One of the biggest advantages of augmented reality technology is the integration of digital information with data about the user's environment in real time. Using this method, it is possible to visualize physical reality supplemented or enhanced by computer-generated perceptual data, such as images, GPS data, audio or video signals [2].

AR and VR technologies are closely related but fundamentally different from each other. Virtual reality provides full immersion with the creation of a three-dimensional world. It completely separates the user from physical reality (blocks signals from the outside world). Augmented reality allows you to keep in touch with the outside world and improve it [2]. Compared to it, AR technology allows using less bulky equipment.

AR technology was first used in medicine in the 1990s to preplan surgical interventions and evaluate large amounts of data generated during the intervention [12]. Currently, AR technology is one of the most promising digital health technologies, and interest in it is growing every year.

Thanks to VR and AR, healthcare professionals have access to innovative training methods. They allow to simulate real clinical situations, improving skills and raising the level of professional training of specialists. In turn, patients can receive individualized treatment and rehabilitation that were previously unavailable or ineffective. This makes VR and AR technologies not only useful but also necessary in the context of modern healthcare requirements.

The purpose of this study was to analyze scientific data on the use of virtual and augmented reality technologies in the education of medical students and in the practice of doctors. The use of VR and AR technologies in healthcare covers a wide range of areas, including diagnostics, treatment, rehabilitation, and educational activities (Table).

Table 1

Main areas of VR and AR application in healthcare	
Direction	Description
Diagnostics	Using VR and AR to visualize internal organs, improve diagnostic accuracy, and reduce the risk of errors.
Surgery	Simulate operations in a virtual environment and apply real-time prompts during operations.
Personalized treatment	Adapting medical procedures to individual patient needs using VR and AR.
Rehabilitation	Physical and cognitive rehabilitation of patients through interactive games and virtual exercises.
Educational simulations for healthcare professionals	Training of medical professionals in near-real conditions using VR and AR to practice emergency situations.

Source: developed by the author on the basis of research by O.I. Kovalchuk et al. [4].

One of the major aspects is their use for visualization of the patient's internal organs. This allows doctors to get a three-dimensional view of anatomical structures and pathological changes. Such capabilities significantly improve diagnostic accuracy, reduce the risk of errors, and provide a more detailed analysis of the patient's condition [4]. Thus, in surgery, VR and AR are becoming indispensable tools for planning and performing complex operations. Thanks to these technologies, surgeons can pre-model surgical interventions, practice them in a virtual environment, and receive visual cues during surgery in real time. This helps to minimize trauma, reduce surgery time and improve treatment outcomes. In addition, these technologies contribute to the improvement of minimally invasive surgery methods, which is especially important in the context of modern requirements for the quality of medical care.

In dentistry, the main application of AR technology is in maxillofacial and oral surgery. In addition, AR software installed on smart glasses helps dentists to form crowns more accurately by overlaying real-time data from a dental scanner [6].

In psychiatry, virtual reality is used according to the principle that in order to understand a patient, you need to see the world through their eyes. For this purpose, a special program Mindscape by Viscira has been developed. It is intended not only for professionals but also for the patient's relatives, so that they can better understand how a person with productive symptoms of schizophrenia lives: thinking disorders, auditory hallucinations, and delusions [11].

VR is also used in exposure therapy to create virtual environments that can mimic real-life situations that a patient may fear or find challenging. Exposure therapy is one of the most effective treatments for anxiety disorders, and virtual reality is a safe and controlled way to show patients their fears [5].

In addition, virtual reality treats phobias. With the help of AR apps, such as Spiderworld by HITlab, patients with arachnophobia can see virtual spiders running on their hands. In a moment of panic, a person can simply turn off the app and make sure there is no real threat. In turn, the SnowWorld app makes it possible to throw snowballs at penguins in a "winter" environment. This reduces the pain of those who have suffered burns [7, 9].

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a type of nervous disorder that affects millions of people around the world. This disorder can occur for any reason, such as war. VR allows you to create specially designed environments that simulate real-life situations, helping patients gradually face their fears or traumatic memories in a controlled environment. This approach helps to reduce the intensity of symptoms and develop coping mechanisms.

The process of training medical professionals with VR is extremely important. For example, Weill Cornell Medical College (New York, USA) has a virtual reality room with a simulator for surgeons. The system is equipped not only with a graphic headset but also with tactile feedback. The doctor feels the mechanical impact on the organs of the "patient". With the help of such a simulator, it is possible to acquire the skills necessary for successful operations at a much lower cost [10].

Thus, virtual and augmented reality are actively changing the medical field, offering new opportunities to improve the quality of medical services. Their use has led to significant improvements in the diagnosis, treatment, and rehabilitation of patients.

The role of VR and AR technologies in planning complex surgeries should be highlighted, where they allow surgeons to pre-model interventions and receive visual cues in real time, reducing the trauma of operations and increasing their efficiency.

Another important aspect is the use of VR and AR for training medical professionals, which allows them to train in

conditions close to real life without risk to patients, thereby improving the level of professional training of doctors.

In rehabilitation programs, VR and AR are becoming indispensable tools for physical and cognitive rehabilitation of patients, providing effective methods of restoring motor and cognitive functions.

The use of VR and AR for mental health deserves special attention. Modern technologies make it possible to create safe and controlled environments for the treatment of anxiety disorders and PTSD, enabling patients to gradually adapt to stressful situations, reducing anxiety and improving their emotional state.

References

1. Ferrari V., Klinker G., Cutolo F. (2019). Dopovnena realnist v okhoroni zdorovia [Augmented reality in healthcare]. Zhurnal medychnoi inzhenerii – Journal of Healthcare Engineering, Jul 1, (pp. 932-1535) [in English].
2. Ho-Beom Kwon, Young-Seok Park, Jung-Suk Han. (2018). Dopovnena realnist u stomatolohii: suchasna perspektyva [Augmented reality in dentistry: a current perspective]. Acta Odontologica Scandinavica, 76(7), (pp. 497-503) [in English].
3. Kafes A.Y., Çiller A., Şakiroğlu M. (2024). Prohrama interventsii z vykorystanniam virtualnoi realnosti dlia podolannia travmatychnykh symptomiv u liudei, yaki perezhlyli zemletrus: Doslidzhennia efektyvnosti [Virtual Reality Supported Intervention Program for Trauma Symptoms of Individuals Who Experienced an Earthquake: An Effectiveness Study]. Noro Psikiyatr Ars, 61(1), (pp. 15-23) [in English].
4. Kovalchuk O.I., Bondarenko M.P., Okhrei A.G., Prybytko I.Y., Reshetnyk E.M. (2020). Osoblyvosti vykorystannia imersyvnnykh tekhnolohii (virtualnoi ta dopovnenoi realnosti) v medychnii osviti ta praktytsi [Features of the use of immersive technologies (virtual and augmented reality) in medical education and practice]. Morfolohiia – Morphology, 14(3), (pp. 158-164) [in Ukrainian].
5. Liu S., Zhang Z. (2020). Pidvyshchennia yakosti nadannia medychnykh posluh: Ohliad roli virtualnoi ta dopovnenoi realnosti v medychnykh dodatkakh [Enhancing the Quality of Healthcare Delivery: A Review on the Role of Virtual Reality and Augmented Reality in Medical Applications]. Zhurnal medychnoi inzhenerii – Journal of Healthcare Engineering, (pp. 1-11) [in English].
6. McGlynn E.A., Asch S.M. (2022). Zastosuvannia virtualnoi realnosti v medytsyni: Suchasnyi stan ta maibutni napriamky [The Application of Virtual Reality in Healthcare: Current Status and Future Directions]. Ohliad systemy upravlinnia okhoronoiu zdorovia – Healthcare Management Review, 47(3), (pp. 180-189) [in English].
7. Moore D.T., Saito S. (2019). Imersyvni tekhnolohii v medytsyni: Zastosuvannia virtualnoi ta dopovnenoi realnosti [Immersive Technologies in Healthcare: Virtual Reality and Augmented Reality Applications]. Kompiutery v biolohii ta medytsyni – Computers in Biology and Medicine, 111, (pp. 1-7) [in English].
8. Nelson R.S., Bailey C. (2020). Vychennia efektyvnosti virtualnoi realnosti dlia likuvannia boliu: Systematychnyi ohliad [Exploring the Effectiveness of Virtual Reality for Pain Management: A Systematic Review]. Zhurnal doslidzhennia boliu – Journal of Pain Research, 13, (pp. 227-236) [in English].
9. Pellegrino G., Mangano C., Mangano R., Ferri A., Taraschi V., Marchetti C. (2019). Dopovnena realnist dlia dentalnoi implantolohii: pilotnyi klinichnyi zvit pro dva vypadky [Augmented reality for dental implantology: a pilot clinical report of two cases]. BMC Zdorovia porozhnyny rota – BMC Oral Health, 19(1), (p. 158) [in English].
10. Petrov V.F., Shchur O.V., Yaremkevych R.V., Marina V.N., Bochar V.T. (2022). Vynyknennia tekhnolohii virtualnoi realnosti ta yikh vprovadzhennia v medytsynu. Ukraina. [Emergence of virtual reality technologies and their introduction into medicine. Ukraine]. Zdorovia natsii – Health of the nation, 4(70), (pp. 134-138) [in Ukrainian].
11. Schneider E.C., Sorkin D.H. (2019). Dopovnena realnist: Novyi horyzont v okhoroni zdorovia [Augmented Reality: A New Horizon in Healthcare]. Suchasni medychni doslidzhennia ta dumky – Current Medical Research and Opinion, 35(1), (pp. 55-61) [in English].
12. Williams M., Thompson L. (2021). Dopovnena realnist dlia navchannia likariv [Augmented Reality for Medical Training]. Ohliad medychnykh symulatsii – Medical Simulation Review, 34(2), (pp. 123-135) [in English].

ВІРТУАЛЬНА ТА ДОПОВНЕНА РЕАЛЬНІСТЬ В ОСВІТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Технології віртуальної (VR) та доповненої реальності (AR) відіграють надзвичайно важливу роль у сфері охорони здоров'я, де їх застосування дозволяє забезпечити більш якісну діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів.

Особливо слід виділити роль VR та AR технологій у плануванні складних операцій, де вони дозволяють хірургам попередньо моделювати втручання та отримувати візуальні підказки в реальному часі, знижуючи травматичність операцій і підвищуючи їх ефективність. У реабілітаційних програмах VR та AR стають незамінними інструментами для фізичної й когнітивної реабілітації пацієнтів, забезпечуючи ефективні методи відновлення рухових і пізнавальних функцій.

Ключові слова: віртуальні технології, технології доповненої реальності, студенти-медики реабілітація пацієнтів, VR-тренажери.

Відомості про автора / Information about the Author

Лілія Мунтян, канд. техн. наук, доцент, доцент кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна. E-mail: lili.muntyan@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8450-2328>.

Liliia Muntian, D. in Engineering, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Hygiene, Social Medicine, Public Health and Medical Informatics, Educational and Research Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: lili.muntyan@gmail.com, orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8450-2328>.

Наукове видання

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ
ЧОРНОМОРСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**

**MATERIALS OF THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
OF PETRO MOGYLA BLACK**

**Матеріали ХХІІ Міжнародної наукової конференції
«ОЛЬВІЙСЬКИЙ ФОРУМ – 2025: стратегії країн
Причорноморського регіону в геополітичному просторі»**

№ 1 (1), 2025

СЕРІЯ: ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Адреса оргкомітету:

м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10, 54003
Тел.: 8 (0512) 50–03–32, 8 (0512) 76–55–81, 8 (0512) 76–55–99, факс: 50–00–69, 50–03–33,
E-mail: avi@chmnu.edu.ua, rector@chmnu.edu.ua

Редактор: *О. Михайлова.*
Комп'ютерна верстка, дизайн: *К. Гросу-Грабарчук*
Друк: *С. Волинець.*
Фальцювальню-палітурні роботи: *О. Мішалкіна.*

Підп. до друку 12.06.2025.
Формат 60х84^{1/8}. Папір офсет.
Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.
Ум. друк. арк. 19,5. Обл.-вид. арк. 14. Зам. № 7059.

Видавець і виготовлювач: ЧНУ ім. Петра Могили.
54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10.
Тел.: 8 (0512) 50–03–32, 8 (0512) 76–55–81, e-mail: rector@chmnu.edu.ua.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6124 від 05.04.2018.