**** 

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**

**Медичний факультет №3**

**БО БФ «Фріда»**

**МАТЕРІАЛИ**

**науково-практичної конференції студентів та молодих вчених**

**МОЛОДЬ У МЕДИЦИНІ: КЛІНІЧНІ ВИКЛИКИ ТА НАУКОВІ ВІДКРИТТЯ**

**20 лютого 2025 року**

**Київ 2025**

УДК 616:001.891]-053.8(06)

**Матеріали науково-практичної конференції студентів та молодих вчених**

**«Молодь у медицині: клінічні виклики та наукові відкриття»**

*20 лютого 2025р. м.Київ*

**Укладачі:** Виговська О.В., Папуша Л.В.

**Рецензент:** доктор педагогічних наук, професор Кашина Г.С.

**©** Виговська О.В., Папуша Л.В., 2025

**Програма науково-практичної конференції студентів та молодих вчених**

**Молодь у медицині: клінічні виклики та наукові відкриття**

**Формат:** он-лайн, zoom, трансляція на YouTube

**Офіційні мови конференції**: українська, англійська

**Дата: 20 лютого 2025 року 10.00-15.40**

**Посилання:**

https://us02web.zoom.us/j/81687161444?pwd=ZT6Hro2SWXSSJgZCS1ee9Mqpmh0Pb6.1

Ідентифікатор конференції: 816 8716 1444

Код доступу: YXVYs5

**20.02.2025 10.00-12.30 Секція 1.** **Клінічні випадки**

**Посилання YouTube:** https://www.youtube.com/live/wexjKQ2hxGk?si=n39vPUp4P14z7E9j

**20.02.2025 12.30-14.00** **Секція 2.** **Сучасні тренди у вивченні клінічних та фундаментальних дисциплін**

**Посилання YouTube:** https://www.youtube.com/live/wexjKQ2hxGk?si=n39vPUp4P14z7E9j

**20.02.2025 14.00- 15.40 Секція 3.** **Секція молодих вчених**

**Посилання YouTube:**

https://www.youtube.com/live/wexjKQ2hxGk?si=n39vPUp4P14z7E9j

**Організатор:** медичний факультет №3Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, БО БФ «Фріда»

**ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**Оксана Виговська** – декан медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор

**Олександр Волосовець** – завідувач кафедри педіатрії №2, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор

**Катерина Житченко** – студентка 5-го курсу медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Ярослава Сердійчук** – в.о. голови студентської ради медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Єлизавета Кавун** - студентка 6-го курсу медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

*Усі публікації наведено зі збереженням наукових думок і творчих рішень авторів. Організаційний комітет не завжди поділяє думки авторів публікацій. Жодну публікацію не можна копіювати, дублювати та використовувати в будь-якому вигляді без письмової згоди авторів та видавців Матеріалів конференції.*

**ЗМІСТ**

[**Бабій С.О., Бурлака Є.А.**](#_Toc196472358)

[СПІВПРАЦЯ ЗАРАДИ ДИТИНИ: КОМУНІКАЦІЯ МІЖ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ТА БАТЬКАМИ 8](#_Toc196472660)

[**Ветченко А.А.**, **Бурлака Є.А**.](#_Toc196472663)

[ПОШИРЕНІСТЬ ШЛУНКОВО КИШКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ 13](#_Toc196472662)

[**Виговська О.В., Удовенко Ю.М.**](#_Toc196472665)

[ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОМАТИЧНОГО (ХРОНІЧНОГО) ЗАХВОРЮВАННЯ ОДНОГО З ПАРТНЕРІВ НА СТОСУНКИ В ПОДРУЖНІЙ ПАРІ 17](#_Toc196472664)

[**Гаган Д.В., Стополянський О.В.**](#_Toc196472667)

[ФАКТОРИ РИЗИКУ ЛЕТАЛЬНОГО НАСЛІДКУ, СПРИЧИНЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЦНС ПРИ СВІС-СИНДРОМІ І ЇХ ПРОГНОЗУВАННЯ МЕТОДОМ ПОБУДОВИ МОДЕЛЕЙ ЛОГІСТИЧНОЇ РЕГРЕСІЇ 26](#_Toc196472666)

[**Годік Є.О., Левицький А.Ф.**](#_Toc196472669)

[МОДЕЛЮВАННЯ ДОПЕЧІНКОВОЇ ФОРМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ТА ВПЛИВ ДЕПОРТАЛІЗАЦІЇ ПЕЧІНКИ НА ГЕПАТОЦИТ 29](#_Toc196472668)

[**Gargi A.***,***Shevtsova T.I.**](#_Toc196472671)

[BIOMARKERS FOR EARLY DIAGNOSIS OF FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS. LITERATURE REVIEW 35](#_Toc196472670)

[**Забавіна В.О.**, **Шевцова T.I.**](#_Toc196472673)

[КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОАРКТАЦІЇ АОРТИ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ 40](#_Toc196472672)

[**Ільїна О.А.**, **Михайліченко М.О.**](#_Toc196472675)

[ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ СНУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СИМПТОМАТИЧНОГО COVID-19 44](#_Toc196472674)

[**Кавун Є.Д,** **Чичула Ю.В**](#_Toc196472677)

[ПОРУШЕННЯ МОТОРИКИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ 47](#_Toc196472676)

[**Кирпач В.А.**, **Чичула Ю.В.**](#_Toc196472679)

[ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ У КОМБІНАЦІЇ З НИЗЬКОКАЛОРІЙНИМ ХАРЧУВАННЯМ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ РЕМІСІЇ ДІАБЕТУ 2 ТИПУ 49](#_Toc196472678)

[**Клишта В.В.**, **Годік О.С.**](#_Toc196472681)

[СИМУЛЬТАННА ОРТОТОПІЧНА ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ПЕЧІНКИ ТА ПЛАСТИКА ДМШП ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕКМО У ДИТИНИ З CABA 52](#_Toc196472680)

[**Козинець О.Г., Юрчинська Г.К.**](#_Toc196472683)

[ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТВОРЧОГО МИСЛЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 56](#_Toc196472682)

[**Кравчук А.В.**, **Бензар І.М.**](#_Toc196472685)

[РОЛЬ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ У ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ СУДИННИХ МАЛЬФОРМАЦІЯХ У ДІТЕЙ 66](#_Toc196472684)

[**Кузнєцова О.І.**, **Томаржевська І.В.**](#_Toc196472687)

[АДАПТИВНІ СТИЛІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ 68](#_Toc196472686)

[**Міщенко О.В., Крайніков Е.В.**](#_Toc196472689)

[ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ РФ 71](#_Toc196472688)

[**Невмержицька Н.М.**](#_Toc196472691)

[НЕЙРОГЕНЕЗ ЯК ОДНА З ЛАНОК ВПЛИВУ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ 78](#_Toc196472690)

[**Олійник Ю.С., Вакуленко О.Л.**](#_Toc196472693)

[РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ ІТ-ПРОФЕСІЙ 81](#_Toc196472692)

[**Петрівська Л.М.****, Прокопович Є.М.**](#_Toc196472695)

[ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ ДОРОСЛОЇ ОСОБИСТОСТІ 88](#_Toc196472694)

[**Петущак М.О.**, **Каруліна Ю.В.**](#_Toc196472697)

[ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА В ПЕДІАТРІЇ 92](#_Toc196472696)

[**Пилипко К.І.**, **Кривопустова М.В.**](#_Toc196472699)

[PORK- CAT SYNDROME В ПЕДІАТРИЧНІЙ АЛЕРГОЛОГІЇ: КЛІНІЧНИЙ КЕЙС 98](#_Toc196472698)

[**Родзяк Д.Д.**, **Виговська О.В.**](#_Toc196472701)

[ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ МОЛОДІ: ЯК ЗБЕРІГАТИ СПОКІЙ І МОТИВАЦІЮ В УМОВАХ СТРЕСУ 101](#_Toc196472700)

[**Савіна Н.Р.**, **Мозирська О.В.**](#_Toc196472703)

[ШКІРНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ КРОНА 120](#_Toc196472702)

[**Сапронова О.**, **Маслюк А.**](#_Toc196472705)

[СТИЛІ ПРИВ’ЯЗАНОСТІ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ТА КОНФЛІКТНА ПОВЕДІНКА У РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКАХ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ 123](#_Toc196472704)

[**Скоріна О.**](#_Toc196472707)

[ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЧЛЕНІВ РОДИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЇЇ ЗВ’ЯЗОК З РЕСУРСНІСТЮ 128](#_Toc196472706)

[**Соболь Ю.**](#_Toc196472709)

[ЗВ’ЯЗОК СУМІСНОСТІ В ПОДРУЖНІЙ ПАРІ ІЗ ЗАДОВОЛЕНІСТЮ ШЛЮБОМ 133](#_Toc196472708)

[**Спірітус Д.О.**, **Ярославська С.М.**](#_Toc196472711)

[МЕНЕДЖМЕНТ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИ́ТУ ЛЮДИНИ 142](#_Toc196472710)

[**Старунська Є.В**, **Бензар І.М.**](#_Toc196472713)

[МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННЯ АВМ ОБЛИЧЧЯ ВИСОКОГО РИЗИКУ 147](#_Toc196472712)

[**Федянович К.Д.**, **Кондаурова А.Ю.**](#_Toc196472715)

[ОКРЕМІ ПИТАННЯ, ПОВ’ЯЗАНІ З АМЕЛОГЕНЕЗОМ 149](#_Toc196472714)

[**Fadila Obeid, Bielikova**](#_Toc196472717) **Y.**

[THE ROLE OF AMINO ACIDS IN MYOCARDIAL METABOLISM AND THE POSSIBILITY OF ELIMINATING ARRHYTMIAS AND ISCHEMIA 154](#_Toc196472716)

[**Цидиленко Д.Д.**, **Прохорова М.П.**](#_Toc196472719)

[МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ НА НПЗП 160](#_Toc196472718)

[**Шараєва М.Л., Турчиняк І.І.,** **Мельничук І.О.**](#_Toc196472721)

[ПРОГНОЗУВАННЯ ТРИВАЛОСТІ ПАРОКСИЗМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ 165](#_Toc196472720)

[**Шевчук Ю.С.**](#_Toc196472723)

[ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ 167](#_Toc196472722)

## **СПІВПРАЦЯ ЗАРАДИ ДИТИНИ: КОМУНІКАЦІЯ МІЖ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ТА БАТЬКАМИ**

# **Бабій С.О.**1**, Бурлака Є.А**2

1Студент 5-го курсу медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: д-р мед. наук, професор кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Актуальність теми**. Дослідження показують, що якісна комунікація безпосередньо впливає на якість життя пацієнта, його здатність дотримуватися призначеного лікування та загальний рівень задоволеності медичною допомогою [4]. Деякі публікації вказують на необхідність вдосконалення навчальних програм для медичних працівників з метою розвитку їх комунікативних компетенцій [1]. Ефективна взаємодія з батьками є критично важливою для забезпечення якісної медичної допомоги дітям. Створення партнерських відносин з батьками сприяє кращому розумінню потреб дитини та підвищує рівень довіри до лікаря [3]. Публікації наголошують на важливості врахування вікових особливостей дітей при спілкуванні. Кожна вікова група потребує індивідуального підходу та використання відповідних комунікативних стратегій [1]. Все більше досліджень підкреслюють необхідність розвитку комунікативних компетенцій у лікарів, особливо педіатрів. Це відображено в роботах, що аналізують комунікацію в медичній галузі загалом [4] та в педіатричній паліативній допомозі зокрема [2].

**Мета роботи.** Сучасна педіатрична практика вимагає не лише високого рівня медичних знань та навичок, але й ефективної комунікації з дітьми та їхніми батьками. Недостатня увага до комунікативних аспектів може призвести до непорозумінь, зниження довіри до лікаря, погіршення комплаєнсу (дотримання пацієнтом призначень лікаря) та, як наслідок, до негативних результатів лікування. Тому існує необхідність дослідження особливостей комунікації в педіатричній практиці, виявлення проблемних аспектів та розробки рекомендацій щодо її оптимізації.

Об'єктом дослідження є процес комунікації в системі «лікар-педіатр – дитина – батьки/опікуни» в умовах надання медичної допомоги дітям різного віку.

Предметом дослідження є комунікативні стратегії, методи та бар'єри, що виникають у процесі спілкування між лікарем-педіатром, дитиною та її батьками/опікунами, а також їхній вплив на якість медичної допомоги.

**Основний матеріал.** Комунікація в педіатрії – це складний та багатогранний процес, що виходить за межі простого обміну медичною інформацією. Це динамічна взаємодія між лікарем-педіатром, дитиною та її батьками/опікунами, яка має вирішальне значення для встановлення довіри, забезпечення комплаєнсу та досягнення позитивних результатів лікування.

В педіатрії комунікація відбувається одночасно на трьох рівнях:

*Лікар-дитина:* Цей рівень вимагає від лікаря врахування вікових особливостей дитини, використання відповідних вербальних та невербальних методів спілкування.

*Лікар-батьки/опікуни:* Цей рівень передбачає встановлення партнерських відносин, надання зрозумілої інформації, врахування емоцій та переживань батьків.

*Дитина-батьки/опікуни:* Лікар повинен сприяти ефективній комунікації між дитиною та її батьками, допомагаючи їм зрозуміти потреби та переживання один одного.

Кожна вікова група дітей потребує індивідуального підходу. Новонароджені та діти раннього віку, потребують невербальної комунікації (дотики, міміка, тон голосу), контакту «шкіра до шкіри», залученню батьків. Дошкільнятам необхідно використання ігрових елементів, прості та зрозумілі пояснення, позитивний емоційний фон. Для школярів та підлітків використовують діалог, пояснення медичної інформації з урахуванням їхнього рівня розвитку, повага до їхньої думки та забезпечення конфіденційності.

Ефективна взаємодія з батьками базується на принципах партнерства, відкритості та взаємоповаги. Лікар повинен: Активно слухати та проявляти емпатію; надавати повну та зрозумілу інформацію про стан здоров'я дитини, результати обстежень та план лікування; відповідати на всі запитання батьків, використовуючи просту та доступну мову, уникаючи медичної термінології; залучати батьків до процесу прийняття рішень щодо лікування дитини.

Ефективна комунікація в педіатрії – це запорука якісної медичної допомоги. Вона впливає на всі етапи лікування: від збору анамнезу та постановки діагнозу до дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря (комплаєнсу). Зрозуміле пояснення діагнозу та плану лікування, врахування емоцій дитини та батьків знижують тривожність, підвищують довіру до лікаря та сприяють кращому результату лікування. В педіатрії, де лікар спілкується як з дитиною, так і з її батьками, якісна комунікація особливо важлива для досягнення порозуміння та співпраці. Вона також сприяє запобіганню медичним помилкам та підвищенню задоволеності медичною допомогою.

Лікарі володіють спеціалізованою медичною термінологією, яка може бути незрозумілою для батьків. Це створює бар'єр у спілкуванні та може призвести до непорозумінь щодо діагнозу, лікування та прогнозу. Батьки можуть соромитися перепитувати або вважати, що вони достатньо зрозуміли, що призводить до неповного усвідомлення ситуації. Хвороба дитини – це завжди стрес для батьків. Вони можуть відчувати страх, тривогу, провину, розгубленість. У такому стані їм важко сприймати інформацію, навіть якщо лікар намагається пояснити все доступно. Тому потрібно враховувати емоційний стан батьків та проявляти емпатію. Батьки можуть мати різні очікування від лікування та від спілкування з лікарем. Деякі батьки хочуть отримати максимально детальну інформацію, інші – лише короткі та чіткі рекомендації. Лікар повинен вміти адаптуватися до потреб кожного пацієнта та його родини.

Не існує універсального підходу до спілкування з батьками. Кожна ситуація є унікальною та потребує індивідуального підходу. Лікарі повинні володіти різними комунікативними стратегіями та вміти їх застосовувати в залежності від ситуації. Різні культурні традиції та мовні відмінності можуть ускладнювати спілкування між лікарем та батьками. Лікар повинен бути толерантним до культурних особливостей пацієнтів.

У складних ситуаціях, коли хвороба дитини має неясний прогноз, непередбачуваний перебіг та відсутні гарантії одужання, батьки переживають сильний стрес. Це ускладнює сприйняття інформації та прийняття рішень, що часто призводить до непорозумінь з лікарями.

Для того щоб комунікація була ефективною, необхідно почути людину і її точку зору. У процесі інформування окрему увагу необхідно приділити на питання дитини чи членів її родини, з’ясуванню рівня обізнаності про паліативну допомогу; виявлення очікувань від лікарів та інших фахівців; проясненню очікувань, від ситуації в цілому.

Часто батьки і близькі родичі дитини соромляться власних почуттів, намагаються раціоналізувати слова або просто закриваються від контакту, вважаючи свої переживання малозначущими. Завдання фахівця — надати підтримку і інформувати про те, що відчувати дані почуття в ситуації, що склалася — нормально [3].

Для фахівця, що працює з людьми у кризових ситуаціях, здатність до емпатії, уважного слухання та підтримки без оцінювання є однією з найважливіших професійних якостей. Прояв людяності та духовності сприяє відновленню психологічної стійкості пацієнта, його впевненості у собі та здатності до конструктивних дій.

У складних ситуаціях, пов'язаних з хворобою дитини, фахівець повинен бути готовим до обговорення широкого кола питань: від діагнозу та лікування до паліативної допомоги та питань смерті. Емоційне виснаження, зміни в сімейному стані та вплив на братів і сестер також потребують уваги. Такі розмови складні за своєю природою, але професійний супровід та уважне ставлення фахівця можуть значно полегшити комунікацію з родиною. Повідомлення поганих новин для батьків стає подвійним ударом, тому вкрай важливо доносити їх з людяністю, розумінням, співчуттям та обов'язковою підтримкою. Необхідно створити атмосферу довіри, щоб батьки відчули, що вони не самотні у своїй біді. Паліативна служба діє в інтересах дитини та її родини, гарантуючи гідний догляд та кваліфіковану допомогу. Цю інформацію критично важливо донести до батьків та родичів. Відповідаючи на запитання про найважливіше в перші хвилини після оголошення діагнозу, батьки паліативних дітей одностайно підкреслили потребу у підтримці та усвідомленні того, що вони не залишені сам на сам з проблемою, а також знанні, до кого звернутися за екстреною допомогою. Ця одностайна відповідь яскраво демонструє, наскільки важлива підтримка та допомога професіоналів у такий складний період.

**Висновки.** Ефективна комунікація в педіатрії — це комплексна динамічна взаємодія між лікарем, дитиною та її родиною, що виходить за межі простого обміну медичною інформацією та відіграє вирішальну роль у встановленні довіри, дотриманні рекомендацій і досягненні позитивних результатів лікування. Ключовими аспектами такої комунікації є трирівнева взаємодія (лікар-дитина, лікар-батьки/опікуни, дитина-батьки/опікуни), врахування вікових особливостей дитини, побудова партнерських відносин з батьками, подолання комунікативних бар'єрів, позитивний вплив на якість медичної допомоги, особлива увага до складних ситуацій (серйозні діагнози, невизначений прогноз) та надання емоційної підтримки. Отже, розвиток комунікативних навичок медичних працівників, особливо педіатрів, є критично важливим для забезпечення якісної медичної допомоги дітям та підтримки їхніх сімей у складних життєвих ситуаціях.

**Список використаних джерел:**

1. Особливості комунікацій з педіатричним пацієнтом. Psychosomatic Medicine and General Practice. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/download/507/1068/4958
2. Навички комунікації в педіатричній паліативній допомозі. URL: https://uaps.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/navychky-komunikacziyi-v-pediatrychnij-paliatyvnij-dopomozi.pdf
3. Професійна комунікація педіатра з дитиною та її батьками: методична. Методична розробка практичного заняття для викладача. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/download/12699/11882/43728>
4. Комунікація в медичній галузі: проблеми та підходи | Український Медичний Часопис. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-243480-komunikatsiya-v-medichnij-galuzi-problemi-ta-pidhodi>
5. The Texas Children’s Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals [pcg-v21.pdf](https://cdn.bcm.edu/sites/default/files/2015/13/pcg-v21.pdf?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR0BFPXowtrkkPR7wpBd3021R2XJvyWXcMN49CZFS_rAd32mw13gFsv6rDo_aem_zfC4Pa19fJgyohRq6xTLCg)

**ПОШИРЕНІСТЬ ШЛУНКОВО КИШКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ**

**Ветченко А.А.**1, **Бурлака Є.А**.2

1Студентка 5 курсу, медичного факультету №3, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

2 Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Актуальність**. Цукровий діабет (ЦД) 1 типу є постійним лідером по захворюваності та поширеності серед дітей і підлітків всього світу. Захворюваність на ЦД 1 типу у Європі складає 15 на 100 000 населення на рік [1]. Дефіцит інсуліну і як наслідок хронічна гіперглікемія, якою характеризується діабет, призводить до порушення всіх видів обмінів речовин організму і в довготривалій перспективі до можливого ушкодження всіх органів і системи людини. Розлади шлунково-кишкового тракту є частими скаргами дітей хворих на цукровий діабет. Їх наявність може серйозно погіршувати якість життя пацієнтів та перебіг основного захворювання. Обмежена кількість опублікованих досліджень на цю тему, вказує на недооцінення тяжкості шлунково-кишкових ускладненнь цукрового діабету 1 типу у дітей та підвищує важливість вивчення цього питання.

**Постановка задачі.** При написанні данної роботи ставилася задача проведення аналізу даних наукових публікацій та формування основних аспектів поширеності та інтенсивності шлунково-кишкових розладів у дітей та підлітків хворих на цукровий діабет 1 типу.

**Основний матеріал.** Хронічний перебіг цукрового діабету 1 типу може супроводжуватись ускладненнями з боку шлунково-кишкової системи. Найчастіше у дітей це проявляється болем в животі, нудотою, блювотою, рефлюксом, вздуттям, закрепом, проносом [2], рідше діабетичним гастропарезом.

Gamal Mashali et.al (2023) провели анкетування за допомогою Gastroparesis Cardinal Symptom Index 359 учасників віком 17,7 ± 3,33роки з ЦД 1 типу. Воно показало, що у 270 анкетованих осіб (75%) був наявний хочаб один симтом ураження ШКТ. Найпоширенішим симптомом серед них виявилась нудота [3].

Іншим дослідженням Porter JA. et.al. (2020) було встановлено, що частота наявності цих симптомів у хворих дітей на ЦД 1 типу і здорових дітей контрольної групи є майже однаковою. Анкетування дітей віком 15 років і молодше, які хворіють на ЦД 1 типу і їх здорових однолітків з контрольної групи виявило, що 85 % дітей хворих на ЦД 1 типу та 80% здорових дітей контрольної групи скаржились на симптом ураження ШКТ хочаб 1 раз за попередні 6 місяців. Найчастіше учасники опитування скаржились на біль в животі та рефлюкс [4].

Хоча частота наявності симптомів ушкодження ШКТ серед хворих і здорових дітей є однаковою, інтенсивність прояву симптомів у дітей з ЦД 1 типу є вищою ніж у дітей з контрольної групи. Так діти з діабетом мали більш високі середні показники болю в животі в порівняні із здоровими (1.3 проти 1.0. Р=0,02) та рефлюксу (0,4 проти 0,2. Р=0,02). Загальний середній бал інтенсивності симптомів у дітей з цукровим діабетом також був вищим ніж у контрольної групи (4.9 проти 3,4. Р=0,02) Крім того більш високі показники вираженості симптомів зазначили особи жіночої статі та ті хто мав більш високий рівень HbA1c. Автори цього дослідження припускають зв’язок більшої інтенсивності прояву симптомів з поганим глікемічним контролем та порушенням інтерпритації болю у дітей з цукровим діабетом через хронічний дистрес. Гіперглікемія в результаті погано контрольованої глікемії, при цукровому діабеті, може сповільнювати моторику шлунка впливаючи на розвиток симптомів. Зв’язок з супутніми захворюваннями опитаних виключається [4].

Гастропарез є найнебезпечнішим ускладненням цукрового діабету 1 типу з боку шлунково-кишкової системи. Гастропарез проявляється сповільненим спорожненням шлунку без наявності механічних причин. Є дані, що в механізмі його виникнення може лежати автономна вагусна нейропарія, поганий глікемічний контроль, аномалії інтерстиціальних клітин Каджала. Клічними проявами діабетичного гастропарезу є хронічні симптоми, які час від-часу загострюються. В основному це швидке насичення їжею, відчуття переповнення та болю в животі, нудота, блювота [2]. Достовірним методом підтвердження діабетичного гастропарезу є сцинтиграфія.

Вважається, що це ускладнення лише довгострокового перебігу цукрового діабету яке більш характерне для осіб дорослого віку, ніж для дитячого. У зв’язку з цим опублікованих даних досліджень розвитку, поширеності і діагностики діабетичного гастропарезу у дітей мало. Fortunato Lombardo et.al. (2024) повідомляли про випадок гастропарезу у 16 річної дівчини, яка хворіє на цукровий діабет з 2 років і протягом всього часу свого захворювання мала поганоконтрольовану глікемію. На протязі останніх трьох років в неї спостерігалась біль у животі, нудота, блювота, закреп. Скринінгові обстежень на виявлення ускладнень цукрового діабету не проходила. Дівчина була госпіталізована у зв’язку з загостренням симптомів з боку ШКТ, схудненням протягом останніх місяців, легким зневодненням. Виключивши всі інші можливі причини появи даних скарг, таких як целіакія, функціональні розлади травлення, механічна обструкція шлунку і кишківника і після проведення сцинтографії в неї було виявлена затримка їжі в шлунку без механічних перешкод і встановлено діагноз діабетичний гастропарез. Після назначеного лікування в неї настала ремісія і значно покращилась якість життя. Це вказує на те що діти які хворіють цукровим діабетом 1 типу і мають хронічні симптоми порушення органів травлення мають проходити додаткові обстеження для скринінгу на гастропарез.

Нажаль, на разі не має опублікованих даних порівняння результатів сцинтиграфії здорових дітей та дітей хворих на цукровий діабет [5]. Але ми маємо результати ретроспективного вивчення результатів обстеження 778 учасників експерименту, де серед них виявили 29 з цукровим діабетом 11 (38%) з яких показали затримку вмісту шлунка [3]. Це підтверджує, що діабетичний гастропарез, зустрічається у дітей, частіше ніж вважалось і потребує більш детального вивчення в майбутньому.

**Висновок.** Діти які хворіють на цукровий діабет і діти які його не мають однаково часто скаржаться на симптоми ураження шлунково-кишкового тракту. Проте діти з цукровим діабетом, мають більшу інтенсивність цих симптомів. Найчастіше, діти повідомляли про біль в животі, рефлюкс та нудоту. Вважається що таке тяжке ускладнення як діабетичний гастропарез у дітей зустрічається рідко у зв’язку з меншою тривалістю перебігу діабету, ніж у дорослих. Проте мала кількість опублікованих результатів досліджень дітей з діабетом на сповільнене спорожнення шлунку, свідчить про важливість звернення уваги на цю проблему і провести більш детальні дослідження в майбутньому.

**Список використаних джерел:**

1. Mobasseri M, Shamsi S, Pourabbasi A. et al Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 2020;10: 98–115.

2. Marathe CS, Rayner CK, Wu T, et al. Gastrointestinal Disorders in Diabetes [Updated 2024 Feb 22]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553219/>

3. Gamal Mashali MD, Ajay Kaul MD, Jane Khoury PhD 3,et. al. Screening for Gastric Sensory Motor Abnormalities in Pediatric Patients With Type 1 Diabetes. Endocrine practice 2023 [Volume 29, Issue 3](https://www.endocrinepractice.org/issue/S1530-891X(22)X0006-2)P168-173

4. Porter JA, MacKenzie KE, Darlow BA, Pearson JF, Day AS. A questionnaire-based assessment of gastrointestinal symptoms in children with type 1 diabetes mellitus. Transl Pediatr 2020;9(6):743-749. doi: 10.21037/tp-20-139

5. Fortunato Lombardo, [Bruno Bombaci](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Bombaci%20B%22%5BAuthor%5D), [Stefano Costa](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Costa%20S%22%5BAuthor%5D), et. al. Gastroparesis in Adolescent Patient with Type 1 Diabetes: Severe Presentation of a Rare Pediatric Complication. [J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2024; 16(1):](https://jcrpe.org/jvi.aspx?pdir=jcrpe&plng=eng&volume=16&issue=1) 111-115

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОМАТИЧНОГО (ХРОНІЧНОГО) ЗАХВОРЮВАННЯ ОДНОГО З ПАРТНЕРІВ НА СТОСУНКИ В ПОДРУЖНІЙ ПАРІ**

# **Виговська О.В.**1**, Удовенко Ю.М.**2

1Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

2Київський національний університет імені Тараса Шевченка

**Вступ.** Соматичні (хронічні) захворювання можуть істотно впливати на життя подружжя та партнерів. Хронічні хвороби поширені у дорослих, і багато пар змушені пристосовуватися до тривалого лікування або обмежень, що накладає хвороба.

Дослідження останніх двох десятиліть показують, що взаємозв’язок між соматичною (хронічною) хворобою і стосунками є двостороннім: якість подружніх стосунків впливає на стан здоров’я, і навпаки – поява серйозної хвороби здатна змінити якість партнерських відносин [1, 2, 3].

Гендерні ролі впливають на переживання хвороби: жінки частіше стають негласними «доглядальницями» а от чоловіки у ролі «доглядальників» схильні відчувати сильніший соціальний тиск і ізоляцію [4].

Наявність важкої хвороби підвищує стрес у відносинах і може погіршувати їхню якість, якщо пара не адаптується [5, 6 ]. Підтримка партнера має вирішальне значення: там, де другий з подружжя активно і емпатично залучений у догляд, респонденти демонструють кращі результати лікування і вище задоволення шлюбом [7, 8, 9].

Знання, накопичені за перші 10–15 років XXI століття підготували підґрунтя для сучасного цілісного підходу: розглядати соматичну (хронічну) хворобу не тільки як медичний, а і як сімейний виклик, що потребує участі обох партнерів в процесі зцілення та залучення психолога/психотерапевта.

**Мета роботи:** виявити та охарактеризувати особливості впливу соматичного (хронічного) захворювання одного з партнерів на якість, динамікустосунків у подружній парі та в цілому психологічний клімат сім’ї: психологічне благополучя, фізичне здоров’я та благополуччя і стосунки.

**Для досягнення поставлених завдань використано** методику «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі» (The modiﬁ ed BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)), P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, and M. Kinderman [10], адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер [11].

Методика «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)), P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman, 2013 включає три субшкали: 1) психологічне благополуччя - здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо; 2) фізичне здоров’я та благополуччя - задоволеність фізичним здоров’я, якістю сну, здатність працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо; 3) стосунки - комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо [10, 11].

Як і оригінальна методика «The BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» [10], модифікована (адаптована) методика Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4-бальна, а 5-бальна оціночна шкала [11].

Всі запитання, окрім пункту №4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання №4 – зворотний. Загальний показник суб’єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб’єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики: субшкала психологічне благополуччя – пункти № 4-15. Субшкала фізичне здоров’я та благополуччя – пункти № 1-3, 21-24. Субшкала стосунки – пункти № 16-20. Отримані показники порівнюються з нормативними [11]. Нормативні дані за рівнями суб’єктивного благополуччя представлені у таблиці нижче.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Субшкали та загальний показник суб’єктивного благополуччя | Інтервали (у балах) | | |
| Низький рівень | Середній рівень | Високий рівень |
| Психологічне благополуччя | 12-39 | 40-47 | 48-60 |
| Фізичне здоров’я та благополуччя | 7-20 | 21-25 | 26-35 |
| Стосунки | 5-16 | 17-20 | 21-25 |
| Суб’єктивне благополуччя | 24-76 | 77-91 | 92-120 |

Для дослідження особливостей впливу соматичного (хронічного) захворювання одного з партнерів на якість, динаміку стосунків у подружній парі та на психологічний клімат сім’ї й визначення чинників, які впливають на стабільні та гармонійні відносини за умови соматичного захворювання було проведене емпіричне дослідження впродовж січня-лютого 2025 року. Вибірку склали 22 респонденти - співробітники зі складу науково-педагогічних працівників НМУ імені О.О. Богомольця, які знаходяться у партнерських (подружніх) стосунках та один з них має соматичне (хронічне) захворювання.

Дослідження проводилося онлайн, що дозволило зібрати дані швидко та ефективно. Дистанційний формат збору даних також дозволив забезпечити анонімність і конфіденційність респондентів.

**Отримані результати:**

Основна група опитаних – це особи від середнього віку до літнього (36–80 років, у середньому 52 роки). Середній вік респондентів склав (M) 52,09 років, медіана - 49,5 років, стандартне відхилення: 12,0 років, мінімум: 36 років, максимум: 80 років. Частка чоловіків становить 64% (14), жінок – 36%. Переважна більшість перебуває у шлюбі (загалом 21 респондент), 1 особа зазначила, що лише має партнера. 95,5% (21) респондентів має тривалі стосунки, що тривають понад 5 років; тільки 1 людина перебуває у відносинах від 1 до 3 років.

Більшість респондентів 86,4% (19) має дітей. 82% учасники анкетування повідомляють, що один із партнерів хворіє на соматичне (хронічне) захворювання. Майже всі респонденти (21 із 22) працюють на повну ставку. Стосовно зайнятості партнерів: дві третини працюють на повну ставку, ще 3 – на неповну, а 4 особи не працюють.

*Нами проводилося вивчення факторів, які привели до проблем зі здоров’ям та погіршення цих проблем:* 18% опитаних відзначили, що матеріальні труднощі безпосередньо створили проблему. 55% відчувають загрозу майбутньому, що може непрямо бути пов’язано з економічною чи соціальною нестабільністю. Погіршення дружніх відносин відмічає 31,9% респондентів, погіршення сексуального життя зазначає 27%. «Нервове середовище» вдома 36%. На питання взаєморозуміння в подружній парі/ з партнером тільки 13,6% (3 особи) відповіли «так». Відносини на роботі (з керівництвом чи колегами) переважно у більшості лишилися без змін та взаємини із сусідами також не надто ускладнилися. Скорочення проведення спільного часу: 27%, погіршення дозвілля: 41%, зменшення спілкування за межами дому. У 5 респондентів зазнало погіршення здоров’я членів сім’ї, ще 1 учасник додав уточнення «так, чоловік». У 59% опитаних події в суспільстві вплинули на здоров’я, 73% зазначили вплив політичних подій. Лише 2 респонденти вказали, що поїздки на заробітки є чинником впливу на здоров’я. У контексті алкоголю чи наркотиків проблемні відповіді дали 4 людини загалом. 50% (11) вказали на події в іншій державі (половина). 36% вважають, що відносини між людьми «в цілому» стали гіршими, 41% вказали на ставлення чи відносини в організаціях та установах як на фактор впливу. 3 осіб відзначили «так» у пункті про додаткові проблеми, ще 1 людина дала розгорнутий коментар про сукупність різних психосоматичних наслідків.

*За**результатами отриманими за «Модифікованою шкалою суб’єктивного благополуччя БіБіСі», адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер*  відміченопереважання низьких показників у психологічному благополуччі, фізичному здоров’ї та інтегральному суб’єктивному благополуччі, що свідчить про певне «кризове» тло у вибірці. Респонденти, які мають обмежені ресурси або незадоволеність власним життям, найчастіше схильні зазначати низькі рівні одночасно в декількох сферах.

*Фізичне та психологічне здоров’я як взаємопов’язані фактори:* оскільки у 77,3% (17) респондентів фізичне здоров’я оцінено на низькому рівні, це може бути важливим чинником, що впливає на психологічне благополуччя. Погане самопочуття, соматичні (хронічні) захворювання або відсутність належного відпочинку та фізичної активності часто призводять до зниження емоційного стану, виникнення депресивних чи тривожних розладів.

*Важливість соціального оточення:*якість стосунків (із сім’єю, партнером, друзями чи колегами) стала єдиним виміром, де частка середнього та високого рівнів разом дорівнює кількості низького рівня (по 10 і 12 випадків низького порівняно з 6+6=12 випадків середнього та високого). Це вказує на те, що соціальна сфера є більш гнучкою: люди, які мають достатню підтримку оточення, навіть при інших несприятливих чинниках здатні зберігати певний оптимізм і життєстійкість.

*Залежність суб’єктивного благополуччя від трьох складових:* учасники, які демонструють низькі показники психологічного та фізичного здоров’я, здебільшого мають і низький інтегральний рівень суб’єктивного благополуччя. Єдина особа з високим рівнем суб’єктивного благополуччя одночасно має високі показники в психологічній сфері та сфері стосунків і, середній рівень фізичного здоров’я. Це опосередковано підтверджує тісну взаємодію між психологічними, фізичними та соціальними чинниками у формуванні загальної задоволеності життям.

**Обговорення отриманих результатів:**

*Основні тригери, які привели до погіршення проблем зі здоров’ям:* політичні події, зміни в суспільстві та (меншою мірою) матеріальні труднощі. 72,8% опитаних (16) відчули вплив політики. 59,1% респондентів (13) зазначили вплив подій у суспільстві на стан здоров’я.

*Сімейна та особиста сфери:* у значної частки опитаних виникли проблеми з особистими або сімейними відносинами: «нервове» середовище, скорочення часу разом, погіршення сексуального життя.

*Дозвілля та спілкування:* орієнтовно 40% респондентів відчули погіршення дозвілля та зменшення контактів поза домом.

*Стан здоров’я:* близько 27% фіксують, що здоров’я їхніх близьких погіршилося, а 4 особи згадали конкретні фактори на зразок алкоголю чи загрози безробіття.

*Позитивний момент:* у питаннях про робочі стосунки (з колегами, керівництвом), із сусідами, переважно відповідали «ні», тобто більшість не зіткнулася з погіршенням. 81,8% (18) респондентівне відчули прямого тиску від вживання алкоголю, 86,4% (19) опитаних не турбує загроза безробіття.

За нашими результатами, найгостріший вплив пов’язаний здебільшого з політичними і суспільними факторами - загроза майбутньому, тривожність, вплив засобів масової інформації та подій у різних державах; проблемами в сімейно-побутовій сфері - складнощі з дозвіллям, нервова атмосфера, інтимне життя; матеріальними труднощами.

Отримані результати свідчать, що робота з людьми, які мають низький рівень суб’єктивного благополуччя, повинна передбачати кілька напрямів:

* Психологічна підтримка (психотерапія, тренінги з подолання тривожності, стресу, розвиток позитивного мислення).
* Програми зміцнення фізичного здоров’я (регулярні медичні обстеження, заохочення до фізичної активності, корекція способу життя).
* Поліпшення якості стосунків (тренінги комунікації, сімейна терапія, групи взаємопідтримки), що може стати потужним джерелом позитивних змін в інших сферах.
* Результати дослідження засвідчили наявність низки закономірностей.

**Висновки**

1. Аналіз соціально-демографічних даних показав, що більшість респондентів мають тривалі подружні/партнерські стосунки та перебувають у середньому або літньому віці. У понад 80% випадків один із партнерів страждає на хронічне (соматичне) захворювання. Важливим є те, що учасники фіксують значний негативний вплив суспільно-політичних подій на власне здоров’я та емоційний стан. Серед інших проблемних чинників виокремлено матеріальні труднощі, напруженість у сімейному побуті, скорочення часу на спільне дозвілля, а також окремі негативні звички (зловживання алкоголем чи ризик безробіття) у незначної частки опитаних.
2. На фоні наявної соматичної (хронічної) патології одного з партнерів загалом спостерігається підвищена особистісна тривожність, незадоволеність рядом сфер життя та схильність до «кризового» сприйняття буденності.
3. Водночас у тих родин, де сімейна адаптація та психологічна підтримка вищі, наслідки хронічної хвороби не настільки драматично впливають на рівень суб’єктивного благополуччя.
4. Належні комунікативні навички, більш гнучка та підтримувальна взаємодія між партнерами можуть стати важливим компенсаторним ресурсом.
5. Отримані результати свідчать про необхідність комплексних психологічних та соціальних заходів, спрямованих на: розвиток стратегій подолання стресу (психотерапевтична й консультативна допомога, тренінги з управління тривогою та покращення емоційної регуляції); покращення фізичного здоров’я (збалансовані програми фізичної активності, моніторинг стану хронічних захворювань, профілактика соматичних ускладнень) та оптимізацію сімейної взаємодії (сімейна психотерапія, тренінги з конструктивної комунікації, налагодження партнерської підтримки за умови хвороби одного з подружжя).
6. Узагальнений аналіз даних дає підстави стверджувати, що соматичне (хронічне) захворювання одного з партнерів справді впливає на психологічний клімат сім’ї та якість подружніх стосунків.

**Список використаних джерел:**

1. Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. Psychological Bulletin, 133(6), 920–954.
2. Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping (pp. 33–49). Washington, DC: American Psychological Association.
3. Charles, K. K., & Stephens Jr., M. (2004). Job displacement, disability, and divorce. Journal of Labor Economics, 22(2), 489–522.
4. Glantz, M. J., Chamberlain, M. C., Liu, Q., Hsieh, C. C., Edwards, K. R., Van Horn, A., Recht, L., & Jaeckle, K. A. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. Cancer, 115(22), 5237–5242.
5. Joung, I. M. A., van de Mheen, H., Stronks, K., van Poppel, F. W. A., & Mackenbach, J. P. (1998). A longitudinal study of health selection in marital transitions. Social Science & Medicine, 46(3), 425–435.
6. Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a “we-disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. Families, Systems, & Health, 25(4), 404–418.
7. Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a communal process. Journal of Social and Personal Relationships, 15(5), 579–605.
8. Revenson, T. A., & DeLongis, A. (2011). Couples coping with chronic illness. In S. R. H. Beach, M. Z. Wamboldt, N. J. Kaslow, R. E. Heyman, & M. B. First (Eds.), Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and treatment (pp. 123–141). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
9. Rolland, J. S. (2018). Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach. New York, NY: The Guilford Press.
10. Pontin, P., Schwannauer, M., Tai, S., & Kinderman, M. (2013). A UK validation of a general measure of subjective well-being: the modified BBC subjectivewell-beingscale (BBC-SWB). Health and Quality of Life Outcomes,11, 150. doi: 10.1186/1477-7525-11-150.
11. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-Scale)». Організаційна психологія. Економічна психологія, (3-4) 27, 85–94.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ ЛЕТАЛЬНОГО НАСЛІДКУ, СПРИЧИНЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЦНС ПРИ СВІС-СИНДРОМІ І ЇХ ПРОГНОЗУВАННЯ МЕТОДОМ ПОБУДОВИ МОДЕЛЕЙ ЛОГІСТИЧНОЇ РЕГРЕСІЇ**

# **Гаган Д.В.**1, **Стополянський О.В.**2

1Студентка (магістрантка) 6-го курсу медичного факультету №1 групи 9129МС Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник, канд. мед. наук асистент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Туберкульоз-асоційований синдром відновлення імунної системи це посилена запальна імунна відповідь на антигени мікобактерій туберкульозу внаслідок відновлення імунної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів впродовж 6 місяців після призначення антиретровірусної терапії. Туберкульоз-асоційований синдром відновлення імунної системи (ТБ-СВІС) зустрічається у 8-43% хворих на ВІЛ [1], яким призначена АРТ. Неврологічний ТБ-СВІС зустрічається у 12% пацієнтів з ТБ-СВІС [2]. Туберкульоз центральної нервової системи значно погіршує перебіг і прогноз при СВІС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів [2].

**Мета дослідження:** прогнозувати ризик летального наслідку, спричиненого туберкульозом ЦНС при синдромі відновлення імунної системи з допомогою методу побудови моделей логістичної регресії.

Вивчався зв’язок ризику летального випадку з такими факторами:

1) вихідний рівень CD4+ лімфоцитів в 1 мкл крові на початку лікування;

2) Рівень вірусного навантаження на початку лікування;

3) Резистентність до антимікобактеріальних препаратів або її відсутність на початкулікування;

4) вік пацієнтів;

5) стать пацієнтів.

**Матеріали і методи.** Проаналізовані дані 55 пацієнтів із підтвердженим туберкульозом центральної нервової системи, які розпочали АРТ.

Летальний випадок враховувався за секційними даними, коли смерть пацієнта була спричинена туберкульозом ЦНС і наставала продовж 1 року спостереження.

Одужання протягом 1 року спостерігалося у 24 пацієнтів (43,6%), летальний наслідок - у 31 пацієнта (56,4%).

З метою аналізу факторів ризику смерті від туберкульозу ЦНС при туберкульоз-асоційованому синдромі відновлення імунної системи був використаний метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії [3, 4]. Була побудована багатофакторна модель прогнозування ризику летального наслідку від неврологічного ТБ-СВІС.

Статистична обробка отриманих даних проводилась з використанням безплатного програмного забезпечення з пакету EZR (версія 1.36).

**Результати.** З метою виявлення залежності ризику летального наслідку при неврологічному ТБ-СВІС була оцінена і проаналізована багатофакторна математична модель лінійної логістичної регресії, побудована на п’яти факторних ознаках:

1) вихідний рівень CD4+ лімфоцитів в 1 мкл крові на початку лікування;

2) Рівень вірусного навантаження на початку лікування (копій РНК HIV у мкл крові);

3) Резистентність до антимікобактеріальних препаратів (резистентність до R, HR, HR+інші) або її відсутність на початку лікування;

4) вік пацієнтів;

5) стать пацієнтів.

Аналіз проводився на результатах обстеження 55 пацієнтів.При побудові п’ятифакторної моделі виявлено залежність ризику летального наслідку від вказаних факторних ознак, площа під ROC-кривою (AUC 0.96 95% CI 0.914 - 1.0), статистично значимо (p<0.05) перевищує 0.5, що вказує на адекватність побудованої моделі.

Для відбору мінімального набору факторних ознак, пов’язаних з вихідною змінною було використано метод покрокового відкидання/включення змінних (Stepwise) та інформаційний критерій Байеса (BIC). Після розрахунків було виділено дві факторні ознаки, пов’язані з ризиком летального випадку:

1) CD4+ (вихідний рівень CD4+ лімфоцитів в 1 мкл крові на початку лікування);

2) RNK HIV (рівень вірусного навантаження на початку лікування (копій РНК HIV у мкл крові);

На виділених факторних ознаках була побудована логістична модель прогнозування (AUC 0.96 95% CI 0.914 – 1.0), статистично значимо (p<0.05) перевищує 0,5, що є свідченням адекватності побудованої моделі. При порівнянні прогностичних характеристик двофакторної моделі з якістю моделі, побудованої на п’яти змінних не виявлено їхнього погіршення.

**Висновки.** Нами встановлено, що ризик летального випадку при туберкульоз-асоційованому синдромі відновлення імунної системи з туберкульозним ураженням ЦНС пов’язаний (p<0.05) з рівнем CD4+ лімфоцитів в 1 мкл крові та рівнем вірусного навантаження до початку антиретровірусної терапії. Встановлено, що ризик летального випадку вищий у пацієнтів з високим вихідним рівнем вірусного навантаження та з низьким рівнем CD4+ лімфоцитів в 1 мкл крові.

**Список використаних джерел:**

* 1. Petrenko V.I., Stopolyansky O.V., Bondarenko Ya.V., Galan I.O., Potaychuk V.I., Kravchenko V.V, Kartashova S.V., Stopolyanska L.V. Risk factors for lethal outcome in tuberculosis associated immune reconstitution inflammatory syndrome with tuberculous lesions of the central nervous system. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція.* 2021. № 2 (45). С. 15-19. DOI: http://doi.org/10.30978/TB2021-2-15
  2. Stopolyansky O.V. Predicting the Risk of Tuberculosis-Associated Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (TB-IRIS) in HIV-Infected Patients with CNS Tuberculosis. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція.* 2023. № 3 (54). С. 50-53. DOI: https://doi.org/10.30978/TB-2023-3-50
  3. Петренко В.І., Стополянський О.В., Бондаренко Я.В., Галан І.О., Кравченко В.В., Карташова С.В., Стополянська Л.В. Туберкульоз-асоційований синдром відновлення імунної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів: сучасний стан проблеми. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2021. № 1 (44). С. 87-94. DOI: <https://doi.org/10.30978/TB2021-1-87>

## **МОДЕЛЮВАННЯ ДОПЕЧІНКОВОЇ ФОРМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ТА ВПЛИВ ДЕПОРТАЛІЗАЦІЇ ПЕЧІНКИ НА ГЕПАТОЦИТ**

# **Годік Є.О.**1**, Левицький А.Ф.**2

1Студент 4 курсу 3 медичного факультету

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

2Науковий керівник: професор, завідувач кафедри дитячої хірургії

**Вступ.** Допечінкова форма портальної гіпертензії (ДПГ) – це підвищення гідростатичного тиску в системі ворітної вени (ВВ), що виникає внаслідок порушення притоку крові до печінки. Результатами цього є зниження портопечінкової перфузії (ППП), що в свою чергу активує систему печінково-артеріального буферу за для підтримання функції печінки за рахунок її артерелізації. Для вивчення процесів, які при цьому виникають, створювалися різноманітні моделі на тваринах [1]. Пізніше Reynell P.C. звужував ВВ у щурів із 50% летальністю [2]. Більшість щурів, що вижили, мали ДПГ. Між 1973 і 1975 роками було показано, що діаметр зони стенозу та маса тіла або вік щура були критичними при аналізі рівня виживання [3, 4].

Метою цього дослідження є аналіз існуючих та пошук нових даних для створення стабільної та пролонгованої в часі моделі ДПГ за рахунок ЧПВВ, та оцінити вплив часткової депорталізації печінки в експерименті шляхом часткової перев’язки ворітної вени у щурів на тканину печінки.

**Матеріали та методи.** В дослід було включено щурів лінії Вістар (n=35), чоловічої статі, віком 4 тижнів. Середня маса тіла щурів складала 100+10 грам. Основним і цільовим був поділ тварин групи на підгрупи, де проводилася ЧПВВ з формуванням стенозу (n=15), перев’язка без її обструкції, або хибне лігування Sham (n=15), а також контрольна група (n=5). Всі роботи з експериментальними тваринами було проведено з дотриманням Закону України “Про захист тварин від жорстокого поводження” [5], “Європейської конвенції із захисту хребетних тварин, які використовуються з експериментальною та іншою науковою метою”, принципів та норм біологічної безпеки.

До та після оперативного втручання щурі знаходилися в клітках з аналогічними умовами тривалості та інтенсивності освітлення, мікроклімату, годування та забезпечення водою. Всім тваринам перед хірургічним втручанням проводили вимірювання маси та довжини тіла. Для загальної анестезії використовували кетамін у розрахунку 50 мкг/кг, метод введення - інтраперитонеальний. ЧПВВ проводили шляхом накладання синтетичної лігатури на стовбур ВВ. Після епіляції шкіри живота проводили обробку операційного поля розчином повідонйоду тричі, далі виконували серединну лапаротомію – розріз шкіри, підшкірної клітковини, м’язів та очеревини, після чого петлі кишківника виводили назовні та направо, вивчали анатомію печінки і потім проводили її ретракцію вверх для візуалізації спленомезентеріального конфлюенсу (СМК), селезінкової вени (СВ) та верхньобрижової вени (ВБВ).

Мобілізація ВВ по окружності тонким дисектором в найбільш доступному місці, як правило в її середній третині, після чого обережно і з дотриманням гемостазу протягували поза ВВ поліпропіленову монофіламентну нитку розміром 4/0, далі паралельно до вени встановлювався поліуретановий катетер 22G (з діаметрами пластикової трубки 0,9 мм), після чого лігатуру затягували та зав’язували, а катетер обережно видаляли, що дозволяло отримати зону стенозу, так як діаметр ВВ перевищував діаметр катетера. Після видалення катетера ефективність обструкції до зони стенозу оцінювалася як очікувана у разі, якщо відмічалися набухання СВ і ВБВ, венозна гіперемія кишківника. Пошарове закриття рани проводилося ниткою поліестер 4/0, післяопераційну рану обробляли хлоргексидином. В підгрупі з хибним лігуванням використання катетера та затягування нитки не проводилося, вузол вільно розташовувався на судині, інші етапи - за аналогічною методикою. Оперативні втручання виконувалися із використанням хірургічної збільшувальної оптики, а тривалість складала від 7 до 9 хвилин, після чого щурів повертали в звичні умови. Після виведення щурів з експерименту на 6 місяці від початку, для гістологічного дослідження забирали фрагменти печінки, фіксували у розчині 10% забуференого формаліну (PBS, Sigma-Aldrich, США Ph 7,2). Зневоднювали в ізопропіловому спирті, заливали в парапласт (Paraplast+, McCormic, США) за стандартною методикою. Виготовляли зрізи 5 um на мікротомі Accu-Cut SRM-200 (Sakura Finetec, США), забарвлювали гематоксилін-еозином.

На отриманих мікрофотографіях визначали питому кількість ядер клітин у полі зору, після чого обчислювали кількість клітин на 1 мм2 площі зрізу. Отримані цифрові дані аналізували в статистичному пакеті Graphpad Prizm v. 8.3 (Graphpad, США) методами описової статистики. Для перевірки розподілу на нормальність застосовували критерій Шапіро-Уілка. Дані представляли у вигляді середнього значення та 95% довірчого інтервалу (Mean, 95% CI) або у вигляді медіани та 95% довірчого інтервалу (Median, 95% CI) в залежності від нормальності розподілу показника. Для міжгрупового порівняння значень показника використовували непараметричні критерії Краскела-Уоллеса із подальшим тестом Данна для множинних попарних порівнянь. Відмінності вважали достовірними при p < 0,05.

**Результати та їх обговорення.** Після виведення тварин з експерименту будо проведення гістологічне дослідження біоптатів печінки. При гістологічному дослідженні у щурів 2 групи пошуку, підгрупа контроль (інтактні) виявлялася звичайна гістоархітектоніка органа: печінка складалася із класичних печінкових часточок здебільшого шестикутної форми із розміщенням тріад на верхівках уявних багатокутників та центральної вени, що розташована в центрі часточок. Більшість гепатоцитів одноядерні. Кількість сполучної тканини в ділянці тріад мала. Трабекули, що складаються з одного ряду гепатоцитів, мають радіальну орієнтацію. Гепатоцити полігональної форми у складі трабекул мають добре профарбовану цитоплазму та ядра з чітким контуром і добре видимим ядерцем. При гістологічному дослідженні печінки щурів 2 групи пошуку, псевдооперованої підгрупи встановлено збереження гістологічної структури органа, що була представлена класичними печінковими часточками шестикутної або полігональної форми із тріадами в кутах та центральними венами в центрі. Гепатоцити формують трабекули, між якими розташовуються гемокапіляри та жовчні капіляри. Більшість гепатоцитів одноядерні. Гепатоцити мають округлі ядра з чіткими ядерцями та добре профарбовану еозинофільну цитоплазму. Трапляються ділянки часточок, що складаються з гепатоцитів з базофільною цитоплазмою. Сполучна тканина в ділянці тріад практично відсутня.

За результатами гістологічного дослідження печінки щурів 2 групи пошуку, основної підгрупи встановлено часткове збереження гістологічної структури печінки: будова класичних часточок печінки простежується із наявними тріадами в кутах та центральними венами в центрі.

Чітка структура трабекул збережена частково, здебільшого навколо тріад на периферії класичних часточок. Наявний поліморфізм гістологічної картини: навколо деяких тріад наявні гепатоцити із добре профарбованою базофільною цитоплазмою, але наявні і гепатоцити з чіткими межами і просвітленою цитоплазмою.

В центральній частині часточок та на великій відстані від тріад пластинчата структура балок не простежується. Гепатоцити в цих ділянках виглядають «порожніми» та мають велику краплину жиру в центрі із вузьким еозинофільним обідком цитоплазми на периферії. Багато клітин не мають ядер та повністю заміщені на краплю жиру. Наявний розвиток сполучної тканини із формуванням центро-центральних та порто-центральних септ. Результати морфометричного та статистичного дослідження встановлено, що у тварин 2 групи пошуку, контрольної підгрупи та псевдооперованої підгрупи розподіл значення показника питомої кількості ядер гепатоцитів не відрізнявся від нормального (p= 0,5601 та p=0,7237 відповідно). У той же час у тварин 2 групи пошуку основної експериментальної підгрупи розподіл значення даного показника відрізнявся від нормального (p=0,0124).

За результатами міжгрупового порівняння критерієм Краскела-Уолліса встановлена наявність відмінностей даного показника між тваринами 3 підргуп (p <0,005). Значення показника питомої кількості ядер гепатоцитів.

За результатами проведених попарних порівнянь встановлено відсутність відмінностей значення даного показника між тваринами контрольної та псевооперованої підгруп (p>0,9999). Також встановлено, що у тварин 2 групи пошуку, основної експериментальної підгрупи показник питомої кількості ядер гепатоцитів був суттєво достовірно нижче, ніж аналогічний показник у тварин псевдооперованої підгрупи (p=0,0003).

**Висновки.** Таким чином, отримано чіткі закономірності між ЧПВВ і критичним, летальним зниженням ППП серед щурів у віковій категорії 4 тижні. Можна вважати, що діапазон СЗВВ 52-59% є оптимальним у віковій категорії 4-6 тижнів серед щурів Вістар для отримання стабільної тривалої моделі ДПГ. Щурі віком 4 і 6 тижнів однаково придатні для моделі ДПГ із використанням ЧПВВ з катетером 22G.

Використана модель допечінкової портальної гіпертензії шляхом часткової перев’язки ворітної вени є стабільною, оскільки тварини із основної експериментальної підгрупи мали однонаправлені зміни однорідного ступеню вираженості, що підтверджується даними світлооптичного та морфометричного дослідження.

Встановлено, що прологнований у часі ефект часткової перев’язки ворітної вени найбільше відповідає картині розвитку зональної жирової паренхіматозної дистрофії печінки та балонної дегенерації гепатоцитів із подальшим розвитком фіброзу.

**Список використаних джерел:**

1. Neuhof H. Experimental ligation of the portal vein; it's application to the treatment of suppurative pylephlebitis. Surg Gynecol Obstet. 1913;16: 481-483.
2. Reynell PC. Portal hypertension in the rat. Br J Exp Pathol. 1952;33: 19-24.
3. Myking AO, Halvorsen JF A method for graded portal vein stenosis in rats: Survival related degree of stenosis. Eur Surg Res. 1973;5: 454-457.
4. Myking AO, Halvorsen JF Two-stage occlusion of the portal vein in the rat: Survival related to weight variation and the interval between partial and total occlusion. Eur Surg Res. 1975;7: 366-374.
5. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо оптимізації повноважень органів виконавчої влади у сфері екології та природних ресурсів, у тому числі на місцевому рівні ЗАКОН УКРАЇНИ 16.10.2012 № 5456-VI (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 46, ст.640). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/5456-17>

## **BIOMARKERS FOR EARLY DIAGNOSIS OF FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS. LITERATURE REVIEW**

# **Gargi A.**1*,***Shevtsova T.I.**2

1Student 6 course faculty of foreign students Bogomolets National Medical University

2Scientific supervisor associate professor Pediatric department No. 2 Bogomolets National Medical university

**Relevance.** Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) affect an estimated 7.7 per 1000 births worldwide, with a significantly higher prevalence in high-risk populations, including those with lower socioeconomic status and certain racial or ethnic groups Most children exposed to prenatal alcohol require lifelong care and a variety of medical interventions, which imposes a significant economic, social, educational, family, and medical burden on society and makes the problem a public health priority Prenatal alcohol exposure (PAE) is a major risk factor for a variety of adverse outcomes, including stillbirth, spontaneous abortion, preterm birth, intrauterine growth restriction, low birth weight, and FASD [1]. PAE profoundly disrupts central nervous system (CNS) development through multiple mechanisms, including increased oxidative stress, impaired angiogenesis and neurogenesis, and induction of apoptotic pathways in critical brain structures. In addition, it affects the endocrine system, alters gene expression, and interferes with prostaglandin synthesis. It also disrupts amino acid homeostasis and induces excitatory neurotoxicity, leading to increased taurine levels as a neuroprotective response. The severity of FASD-associated neurobehavioral disorders is influenced by the amount, timing, and pattern of alcohol consumption (chronic versus binge drinking) during pregnancy [2]. In the fetus, alcohol exerts both direct toxic effects, causing cell death through oxidative stress or mitochondrial DNA damage with subsequent inhibition of its repair, and teratogenic effects, affecting cell proliferation [3, 4].

**Problem statement.** The aim of this work was to analyze the available literature sources on the mechanisms of the influence of alcohol on intrauterine fetal development and to identify the leading biomarkers for early diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders.

**Main Content.** PAE leads to long-term developmental and neurological deficits that could be mitigated with early and effective diagnosis. However, current diagnostic methods remain inadequate. Diagnosing FASD and its subtypes is often challenging due to the absence of characteristic facial dysmorphologies in many cases and the reliance on maternal self-reporting of alcohol consumption, which is frequently inaccurate and underestimated. While some biomarkers are available, their diagnostic utility is limited by a short detection window, which makes them useful during parturition but insufficient for identifying infants and adolescents at risk of developing FASD.

To address this gap, this study aims to explore the potential role of biomarkers to improve early detection and intervention for individuals affected by PAE.

PAE significantly alters biochemical pathways, particularly within the methionine-homocysteine cycle, leading to epigenetic modifications such as aberrant DNA methylation. These disruptions contribute to oxidative stress, DNA damage, and impaired fetal cell proliferation and differentiation. Notably, persistent parental alcohol consumption has been linked to epigenetic instability in newborns, further exacerbating the neurodevelopmental consequences of FASD [3]. Another study in clinical epigenetics has highlighted the potential of DNA methylation patterns as early biomarkers for FASD diagnosis. A genome-wide methylation analysis of buccal epithelial cells identified distinct epigenetic alterations linked to PAE. These findings suggest that DNA methylation profiling could serve as a non-invasive diagnostic tool, facilitating early identification and timely intervention for individuals at risk of FASD [5]. Neurobehavioral impairments associated with FASD, including deficits in synaptic pruning, cognition, memory, and learning, can be attributed to the inhibition of N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) activity. This reduction in NMDAR function impairs synaptic plasticity and long-term potentiation while simultaneously upregulating inhibitory GABAergic neurotransmission, further exacerbating cognitive dysfunction [4]. Neural crest cells (NCCs) play a crucial role in craniofacial development and peripheral nervous system formation. PAE disrupts NCC migration through oxidative stress, inhibition of Wnt/β-catenin signaling, and altered retinoic acid homeostasis, contributing to both structural and functional abnormalities in affected individuals. This impairment is particularly relevant in explaining the craniofacial dysmorphologies observed in FASD and the associated neurodevelopmental deficits [7]. A placenta-cortex signaling axis involving leukemia inhibitory factor (LIF) expression by trophoblasts, which subsequently induces cortical insulin-like growth factor (Igf) expression, was identified. This pathway plays a key role in neural progenitor proliferation during fetal brain development. Notably, Igf1 was among the dysregulated ligands in placental cortex signatures associated with PAE. Additionally, maternal exosomal microRNAs (ex miRNAs) have been proposed as predictive biomarkers for FAS and partial FAS (PFAS), while infant ex miRNAs provide direct indicators of fetal neurodevelopmental harm [6]. PAE has also been shown to reduce neuroprotective insulin-like growth factor-1 (IGF-1) levels in human fetal brain tissue while simultaneously increasing tumor necrosis factor-alpha (TNF-α) expression in neurons. Furthermore, first-trimester alcohol consumption has been associated with white matter lesions in the developing sheep brain and reductions in axon diameter, myelin sheath thickness, and oligodendrocyte populations in murine models of FAS. These abnormalities are accompanied by disrupted oligodendrocyte morphology and decreased expression of myelin basic protein (MBP), a critical marker of mature myelination [8]. Disruption of corticostriatal circuits in PAE-induced neurological impairments causes medium spiny neuron (MSN) hyper recruitment from imbalanced cortical input, and dopamine signaling disrupts striatal output, leading to maladaptive synaptic plasticity and cognitive deficits, including impaired reversal learning. Additionally, endocannabinoid-mediated reductions in GABAergic tone have been shown to enhance MSN excitability, further dysregulating striatal function. Characterizing these aberrant corticostriatal pathways offers potential targets for therapeutic interventions aimed at mitigating the neurocognitive deficits associated with PAE [9]. An important pathway that PAE disrupts is the mechanistic target rapamycin (mTOR). Numerous structural and functional abnormalities in FASD are caused by the dysregulation of mTOR, which is essential for cellular metabolism, growth, and neurodevelopment. In several organ systems, PAE has been demonstrated to reduce mTOR activity, which exacerbates oxidative stress, interferes with synaptic plasticity, and modifies the proliferation of brain progenitor cells. The cognitive and behavioral abnormalities seen in people with FASD may be further explained by the disruption of mTOR, which is involved in controlling synaptic transmission and plasticity [11].

**Conclusion.** PAE alters biochemical pathways within the methionine-homocysteine cycle, leading to aberrant DNA methylation, oxidative stress, and impaired fetal cell proliferation. Additionally, disruptions in key neurodevelopmental signaling pathways, such as the LIF-Igf axis and maternal-infant exosomal microRNAs, provide insight into FASD pathogenesis and diagnostic markers. At the neural level, inhibition of N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) function, increased GABAergic tone, and corticostriatal circuit imbalances contribute to cognitive deficits associated with FASD. Structural abnormalities, including white matter lesions, oligodendrocyte dysfunction, and reduced IGF-1 levels, show the neurodevelopmental impact of PAE. mTOR signaling disturbances brought on by PAE intensify oxidative stress, changes in synaptic plasticity, and altered neuronal proliferation.

Tracking alterations in the mTOR signaling pathway, corticostriatal circuit activity, exosomal microRNA analysis, and DNA methylation profiling can be used as non-invasive screening techniques that may help diagnose facial dysmorphologies earlier to lessen the behavioral and cognitive impairments linked to FASD.

**References:**

1. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. Nat Rev Dis Primers. 2023 Feb 23;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.

2. Akison, LK, Hayes, N, Vanderpeet C, Logan J., Munn, Z., Middleton, P., Moritz, K. M., Reid, N., & Guidelines Consortium, A. F. Prenatal alcohol exposure and associations with physical size, dysmorphology, and neurodevelopment: A systematic review and meta-analysis. BMC Medicine. 2024;22:467. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03656-w3.

3. Darbinian N, Darbinyan A, Merabova N, Kassem M, Tatevosian G, Amini S, Goetzl L, Selzer ME. In utero ethanol exposure induces mitochondrial DNA damage and inhibits mtDNA repair in developing brains. Front Neurosci. 2023 Aug 9;17:1214958. doi:10.3389/fnins.2023.1214958. PMID: 37621718; PMCID: PMC10444992.

4. Basavarajappa BS, Subbanna S. Synaptic Plasticity Abnormalities in Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Cells. 2023;12(3):442.

5. Sautreuil C, Lecointre M, Derambure C, et al. Prenatal alcohol exposure impairs the placenta-cortex transcriptomic signature. Int J Mol Sci. 2023;24(17):13484.

6. Mahnke AH, Sideridis GD, Salem NA, et al. Infant circulating microRNAs as biomarkers of effect in FASD. Sci Rep. 2021;11(1):1429.

7. Chen SY, Kannan M. Neural crest cells and fetal alcohol spectrum disorders: mechanisms and potential targets for prevention. Pharmacol Res. 2023;194:106855.

8. Darbinian N, Selzer ME. Oligodendrocyte pathology in FASD. Neural Regen Res. 2022;17(3):497-502.

9. Bariselli S, Lovinger DM. Corticostriatal Circuit Models of Cognitive Impairments Induced by Fetal Exposure to Alcohol. Biol Psychiatry. 2021;90(8):516-528.

10. Zeng X, Cai Y, Wu M, Chen H, Sun M, Yang H. An overview of current advances in perinatal alcohol exposure and pathogenesis of fetal alcohol spectrum disorders. J Neurodev Disord. 2024 Apr 20;16(1):20. doi: 10.1186/s11689-024-09537-w. PMID: 38643092; PMCID: PMC11031898.

11. Carabulea AL, Janeski JD, Naik VD, Chen K, Mor G, Ramadoss J. A multi-organ analysis of the role of mTOR in fetal alcohol spectrum disorders. FASEB J. 2023 May;37(5):e22897. doi: 10.1096/fj.202201865R. PMID: 37000494; PMCID: PMC10841000.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОАРКТАЦІЇ АОРТИ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ**

# **Забавіна В.О.**1, **Шевцова T.I.**2

1Студентка 3 курсу медичного факультету №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент, кафедра педіатрії N°2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Актуальність.** Коарктація аорти є вродженою вадою серця, що відноситься до критичних вад, тому питання ранньої постнатальної діагностики коарктації аорти є актуальними, а також представляють труднощі через особливості гемодинаміки у період новонародженості.

Коарктація аорти (КоА) – це вроджене звуження аорти, яке найчастіше локалізується в ділянці виходу артеріальної протоки (89–98%). У немовлят, на відміну від дорослих пацієнтів, звуження аорти може мати більший ступінь - аж до повного порушення гемодинаміки (1,5%). Близько 25% КоА є критичними, тобто потребують раннє хірургічне лікування, без чого можливий летальний результат в перші дні або тижні життя. Смертність при КоА висока (35-58%) та залежить від локалізації та тяжкості дефекту [1, 2].

В ізольованій формі ця вада зустрічається рідко (в 18% випадків). У 60-70% випадків КоА поєднується з іншими аномаліями (двостулковий аортальний клапан, дефект міжпередсердної або міжшлуночкової перегородки). Діагностика коарктації аорти у ранньому неонатальному періоді має певні труднощі, які обумовлені особливостями гемодинамічної адаптації до позаутробного життя [2].

За статистичними даними тільки 50–60% вад серця виявляють під час пренатального скринінгу. Розуміння перинатальної серцево-судинної фізіології є ключовим для своєчасної діагностики та лікування вроджених вад серця у новонароджених. У ранньому неонатальному періоді ознаки та симптоми критичних вроджених вад серця, можуть бути відсутніми, часто є неспецифічними, що пов'язано з перехідним кровообігом та наявністю артеріальної (Боталової) проток [3].

Стандартний фізикальний огляд новонароджених може не виявити ваду серця через відсутність патологічних ознак у перші години та дні після народження. Скринінгова пульсоксиметрія, що зазвичай проводиться через 24–48 годин після народження, допомагає діагностувати деякі вади серця, проте певні з них, можуть залишитися непоміченими у тих новонароджених, що не мають симптомів.

**Постановка задачі.** Метою роботи є представити клінічний випадок критичної коарктації аорти у новонародженої дитини та вказати на особливості та труднощі діагностики цієї вади серця у ранньому неонатальному періоді.

**Основний матеріал.** Доношена дівчинка від першої вагітності, що перебігала на тлі анемії, бессимптомної бактеріурії, ожиріння. дефіциу вітаміну Д, перших спонтанних фізіологічних пологів. Пренатальне ультразвукове дослідження проводили у 11 тижні, 21 тижні та 35 тижні вагітності, патологічні зміни у плода з боку серця не виявлено. При народженні стан дитини задовільний. Крик гучний. Шкірні покриви та слизові оболонки чисті, рожевого кольору. Маса тіла при народженні 3200 г, довжина 52 см. Оцінка за шкалою Апгар 8-8 балів.Пульсація на стегнових артеріях збережена. Після народження дитина одержала контакт «шкіра до шкіри» та знаходилась на сумісному перебуванні з матір’ю. Отримувала грудне вигодовування.

На 2-у добу життя згідно з загальним алгоритмом обстеження новонароджених проводили черезшкірне вимірювання сатурації. На правій долоні показник SaO2становив 97%.

На третю добу стан різко погіршився, дитина стала млявою, шкірні покриви набули сіро-ціанотичного кольору, спостерігалася задишка. Дитина була транспортована до відділення інтенсивної терапії новонароджених. У зв'язку з наростанням дихальної недостатності дитині розпочали штучну вентиляцію легень.

При подальшому обстеженні було виявлено градієнт тиску на верхніх та нижніх кінцівках (права рука 70/39 мм рт. ст., права нога 35/22 мм рт. ст.), (ліва рука 64/38 мм.рт.ст, ліва нога 33/21 мм рт. ст.), а також знижений показник SaO2 на нижніх кінцівках (рука SaO2 92-94%, нога 75-80%), відсутність пульсу на стегнових артеріях, анурія.

Проведено ехокардіографічне обстеження. Діагностована критична коарктація аорти з двостулковим аортальним клапаном типової локалізації. У пацієнта також була легенева гіпертензія, розширення правих відділів серця та дефект міжпередсердної перетинки. Коарктація аорти була значна, розташована в проксимальному відділі грудної аорти відразу за лівою підключичної артерією і навпроти отвору артеріальної протоки. Розпочато внутрішньовенне введення простагландину Е1 для підтримки прохідності артеріальної протоки у дозі 0,1 мкг/кг/хв.

Дитина екстренно транспортована до кардіохірургічного відділення, де було виконано оперативне втручання. Післяопераційний стан залишався критичним, на 6 добу життя на тлі серцево-судинної недостатності та розвитку циркуляторного шоку, поліорганної недостатності дитина померла.

**Обговорення та висновки.** Головним діагностичним клінічним критерієм коарктації аорти є градієнт тиску до і після стенозованої ділянки. Якщо звуження аорти є значним (зі створенням градієнту тиску більше ніж 20 мм рт ст.), і не діагностоване вчасно, новонароджена дитина може мати серйозні проблеми щодо загрози життю та високу ймовірність летального виходу, особливо з моменту закриття артеріальної протоки. З цієї причини коарктацію аорти вважають критичною вродженою вадою серця. Критичність коарктації аорти у новонародженої дитини може з’явитися не відразу після народження, а через кілька годин, діб, або тижнів, що пов’язано з гемодинамічною адаптацією та функціонуванням фетальних комунікацій. Маніфестація вади припадає зазвичай на 5-10 день життя, після періоду уявного благополуччя, коли закривається артеріальна протока. Це одна з самих складних із усіх форм критичної вродженої вади серця для діагностики [4, 5].

Даний клінічний випадок показує, що пренатальна діагностика (стандартний скринінг плоду) коарктації аорти та рання постнатальна діагностика, яка включала (враховуючи відсутність факторів ризику у цієї дитини) загальноклінічне обстеження та черезшкірну пульсоксиметрію, можуть бути нерезультативними. Лише на третю добу діагностували зміну стану дитини та численні патологічні симптоми: зміну кольору шкірних покривів, задишку, зниження сатурації, градієнт артеріального тиску на кінцівках. До цього моменту коарктація аорти перебігала безсимптомно, оскільки кровотік був спрямований через Боталову протоку. Значне критичне звуження аорти призвело до важкої гіпоксії, серцевої недостатності, поліорганної недостатності та летального результату.

Таким чином, діагностика КоА у новонароджених має труднощі, що пов’язані з особливостями гемодинаміки у ранньому неонатальному періоді та функціонуванням фетальних комунікацій. Визначення показників артеріального тиску і сатурації на верхніх та нижніх кінцівках допомагає уникнути помилок у діагностиці критичних вад серця та своєчасно провести хірургічне втручання. Діагноз коарктації аорти повинен ґрунтуватися на результатах пренатальної діагностики, динамічного клінічного спостереження за дитиною, визначення градієнта артеріального тиску та сатурації на кінцівках після народження та подальшого проведення ехокардіографічного обстеження.

Для покращення пренатальної діагностики необхідно проводити високотехнологічне скринінгове ультразвукове дослідження плоду на апаратах експертного класу, що дасть можливість вчасного проведення терапевтичних заходів та хірургічного втручання з метою поліпшення прогнозу для життя та розвитку дитини.

**Список використаних джерел:**

1. Doshi AR, Syamasundar Rao P. Coarctation of Aorta-Management Options and Decision Making Pediat Therapeut [Internet]. [cited 2023 May 26]; S5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/285242404\_Coarctation\_of\_aorta-management\_options\_and\_decision\_making doi: 10.4172/2161-0665.S5-006

2.Sakai-Bizmark R, Kumamaru H, Marr EH, Bedel LEM, Mena LA, Baghaee A, et al. Pulse Oximetry Screening: Association of State Mandates with Emergency Hospitalizations. Pediatr Cardiol. 2023;44(1):67-74. doi: 10.1007/s00246-022-03027-3

3. Yogen Singh, Satyan Lakshminrusimha, Perinatal Cardiovascular Physiology and Recognition of Critical Congenital Heart Defects. Clinics in Perinatology. 2021;48(3):573-594, Available from: https://doi.org/10.1016/j.clp.2021.05.008.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510821000476)

4. Singh Y, Chen SE. Impact of pulse oximetry screening to detect congenital heart defects: 5 years' experience in a UK regional neonatal unit. Eur J Pediatr. 2022 Feb;181(2):813-821. doi: 10.1007/s00431-021-04275-w. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34618229; PMCID: PMC8821483.

5. Гончарь МО, Бойченко АД, Кондратова ІЮ, Пономар БВ. Складнощі діагностики каорктації аорти у новонароджених у ранній неонатальний період: розбір клінічних випадків. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2023; 13(2(48):141–146. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIII.2.48.2023.20>.

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ СНУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СИМПТОМАТИЧНОГО COVID-19**

# **Ільїна О.А.**1, **Михайліченко М.О.**2

1Лікар-інтерн

2Завідувач відділенням. Університетська клініка Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, неврологічне відділення.

**Вступ.** Сон є важливим елементом функціонування та благополуччя та пов'язаний з клінічним статусом та загальним здоров'ям пацієнта.

Нові терміни "коронасомнія" або "ковідсомнія" означають проблеми зі сном, пов'язані зі стресом, викликаним пандемією COVID-19. Через чотири роки після початку пандемії все ще залишається відкритим питання, чи зумовлені порушення сну в період пандемії, лише наявністю стресів або вони ще викликані безпосереднім впливом SARS-CoV-2 на нейрони головного мозку. Одним із аспектів актуальності даної роботи є те, що розлади сну після перенесеного симптоматичного COVID -19 є частою причиною зниження якості життя та працездатності пацієнтів.

Метою нашого дослідження було вивчення інсомнії у пацієнтів із хронічною ішемією мозку після перенесеного симптоматичного COVID-19.

**Матеріал та методи.** Нами обстежено 60 пацієнтів із ХІМ після перенесеного симптоматичного COVID-19, які становили основну групу та 40 пацієнтів із ХІМ без перенесеного симптоматичного COVID-19, що становлять контрольну групу. Пацієнти оглядалися через 4-12 тижнів після перенесеного симптоматичного COVID-19. Обстеження пацієнтів проводилося на базі Університетської клініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за період 2022-2024 років.

Дослідження проводилося із застосуванням шкали оцінки суб'єктивних характеристик сну (MOS-SS), яка була розроблена як частина більш масштабної ініціативи щодо оцінки стану здоров'я пацієнтів. Виходячи з американського досвіду використання цього тесту, інсомнію було визначено як скарги на труднощі з початком (пункт 7) або підтримкою (пункт 8) сну. Нерізка інсомнія була визначена відповідями, що вказують на труднощі з початком або підтриманням сну «деякий час» (4 бали) або «значну частину години» (3 бали), а виражена інсомнія визначалася як труднощі з початком або підтриманням сну «більшість часу» (2 бала) або «всю годину» (1 бал). У своїй роботі автори американського дослідження не виділяли термін помірна інсомнія. Питання шкали MOS-SS стосувалися сну протягом попередніх 4 тижнів і таким чином підходили для виявлення хронічної інсомнії. Для статистичної обробки отриманих результатів використовувався непараметричний U-критерій Манна-Уітні та кутовий критерій Фішера. MOS-SS була розроблена як частина більш масштабної ініціативи щодо оцінки стану здоров'я пацієнтів. Шкала сну, що складається з 12 пунктів, є невеликою частиною повної анкети оцінки стану пацієнта (PAQ). MOS-SS досліджує шість факторів: початок та підтримання сну, проблеми з диханням, кількість, сприйняту адекватність та сонливість. Шкала оцінки суб'єктивних характеристик сну є перевіреним інструментом для оцінки впливу захворювань на сон.

**Результати.** В результаті проведеного дослідження, нами було встановлено, що виражені складнощі при засипанні реєструються частіше після перенесеного COVID-19. Частка таких пацієнтів у основній групі становила 23 (38,3%), а контрольній лише 8 (20,0%) (p < 0,03). Відповідно, за пунктом складнощів із засипанням, вірогідно нижчий середній бал реєструвався у пацієнтів з ХІМ після перенесеного симптоматичного COVID-19, порівняно з пацієнтами з ХІМ без перенесеного симптоматичного COVID-19 (2,8 +/-0,7vs 3,2 +/-0,8 бали відповідно, p < 0,05).

Щодо іншого досліджуваного параметру, а саме здатності підтримувати сон, її частота була співставимою в групах дослідження (30,0% vs 22,5%; p > 0,05) та не було отримано достовірних відмінностей між групами при оцінці вираженості інсомнії щодо пункту підтримки сну (3,0 +/-0,6 vs 3,3+/-0,6 бали відповідно; p > 0,05).

**Висновки.** Результати нашого дослідження показали, що у пацієнтів з ХІМ після перенесеного COVID-19 вірогідно частіше реєструються утруднення засипання, однак здатність підтримувати сон не порушується, порівняно з пацієнтами з ХІМ без COVID-19. На нашу думку, отримані результати можна пояснити впливом підвищеної тривожності, яка за даними літератури частіше реєструється після перенесеної коронавірусної хвороби.

**Ключові слова**- Хронічна ішемія мозку, інсомнія, COVID-19, MOS-SS.

## **ПОРУШЕННЯ МОТОРИКИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ**

**Кавун Є.Д**1, **Чичула Ю.В**2

1Студент, 6 курс, медичний факультет №3, Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент, кафедра Внутрішньої медицини №4, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Порушення моторики стравоходу та шлунка при цукровому діабеті 2-го типу (ЦД2) є однією з найважливіших позаглікемічних проблем, що істотно впливають на перебіг захворювання й якість життя пацієнтів [1]. За даними низки досліджень, гастропарез і дисфункції стравоходу зустрічаються у значної частини хворих із довготривалим ЦД2, а клінічні прояви можуть варіювати від легкої диспепсії до тяжких ускладнень, які потребують госпіталізації [2].

Вважається, що за умови тривалого підвищення рівня глюкози в крові ушкоджується вегетативна іннервація гладкої мускулатури (головним чином блукаючий нерв), що порушує координацію перистальтики, зокрема шлунка й стравоходу [3]. Окрім нейропатії, значну роль у патогенезі відіграє мікроангіопатія, яка обмежує кровопостачання тканин, а також гормонально-метаболічні зсуви, пов’язані з інсулінорезистентністю [4].

**Постановка задачі.** Метою дослідження є аналіз патофізіологічних механізмів порушення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ) при ЦД2, визначення клінічних проявів та оптимізація підходів до їх корекції.

**Основний матеріал.** Порушення моторики ШКТ є частим ускладненням цукрового діабету 2 типу (ЦД2) і можуть охоплювати різні відділи травної системи, включаючи стравохід, шлунок і тонкий та товстий кишечник. Вони розвиваються внаслідок діабетичної автономної нейропатії, яка спричиняє дисфункцію нервової регуляції моторики травного тракту [1].

Моторні порушення стравоходу при ЦД2 часто асоціюються з розвитком гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та дисфагією різного ступеня вираженості [5]. Пацієнти можуть скаржитися на печію, відрижку кислим, відчуття утрудненого ковтання або навіть зупинки їжі в ділянці грудини. При хронічному перебігу ГЕРХ підвищується ризик розвитку ерозивного езофагіту та стравоходу Барретта, що є передраковим станом [1]. Крім того, у пацієнтів з ЦД2 може спостерігатися зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера, що посилює прояви рефлюксу [3].

Гастропарез є ще одним поширеним моторним порушенням у пацієнтів із ЦД2 і характеризується уповільненим випорожненням шлунка без наявності механічної перешкоди [3]. Основними симптомами є швидке насичення навіть після невеликої кількості їжі, нудота, періодичне блювання неперетравленою їжею, здуття живота, біль в епігастральній ділянці. Окрім значного дискомфорту, гастропарез ускладнює підтримання цільового рівня глікемії, оскільки непередбачуване випорожнення шлунка спричиняє коливання рівня глюкози в крові [4]. Це підвищує ризик як гіпоглікемії, так і постпрандіальної гіперглікемії, що ускладнює контроль діабету [2]. Діабетичний гастропарез нерідко супроводжується формуванням безоарів (конкрементів із неперетравленої їжі), які можуть призводити до механічної обструкції шлунка та потребувати ендоскопічного або хірургічного лікування [5].

Таким чином, порушення моторики травного тракту є важливим аспектом діабетичних ускладнень, які потребують ранньої діагностики та корекції для покращення якості життя пацієнтів та контролю глікемії.

**Висновки.** Порушення моторики стравоходу та шлунка при ЦД2 є однією з провідних причин зниження якості життя й загострення перебігу самого діабету. Головними патогенетичними чинниками вважають автономну нейропатію та мікроангіопатію, які обумовлюють структурно-функціональні зміни гладких м’язів шлунково-кишкового тракту [1]. Комплексний підхід до лікування хворих із ЦД2, що включає регулярний моніторинг ускладнень, може значно покращити прогноз і попередити розвиток фатальних ускладнень [3].

**Список використаних джерел:**

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S290.
2. Horowitz M, Rayner CK. Diabetic gastroparesis: prevalence, clinical significance, pathogenesis and management. Diabetes Care. 2019;42(7):1510–1516.
3. Camilleri M. Diabetic gastroparesis. N Engl J Med. 2022;386:1526–1537.
4. Kishore P, Frank B, Graal MB. Gastrointestinal complications of diabetes mellitus. In: Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2021.
5. Tack J, Carbone F. Prokinetics and fundic relaxants in the management of diabetic gastroparesis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18(5):291–306.

## **ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ У КОМБІНАЦІЇ З НИЗЬКОКАЛОРІЙНИМ ХАРЧУВАННЯМ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ РЕМІСІЇ ДІАБЕТУ 2 ТИПУ**

# **Кирпач В.А.**1, **Чичула Ю.В.**2

1Студентка 6 курсу Медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент. Кафедра внутрішньої медицини №4

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

**Актуальність:** Діабет 2-го типу становить близько 90 % випадків [цукрового діабету](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9_%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82). [Ожиріння](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B6%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F) вважається основною причиною цукрового діабету 2-го типу (ЦД2т) в людей, які мають генетичну схильність до захворювання. Так, у людей з помірним ступенем ожиріння частота діабету збільшується вчетверо, з різко вираженим ожирінням — у 30 разів.

Рівень захворюваності ЦД2т значно збільшився за останні 50 років рівнобіжно з надлишковою вагою. Наразі в Україні налічується більше 1 мільйону хворих з ЦД2т.

Дапагліфлозин (Forxiga®) є високопотужним, оборотним і селективним інгібітором натрійзалежного котранспортера глюкози 2 типу, показаним у всьому світі для лікування ЦД2т. У ЄС пероральний дапагліфлозин один раз на добу схвалений для використання як монотерапія (у пацієнтів з непереносимістю метформіну) і як додаткова комбінована терапія (з іншими цукрознижувальними засобами, включаючи інсулін) для ЦД2т, коли дієта та фізичні вправи самі по собі не забезпечують адекватного контролю глікемії [1].

Враховуючи його антигіперглікемічні, кардіопротекторні [3] та ренопротекторні властивості та загалом сприятливий профіль переносимості, дапагліфлозин є важливим варіантом лікування широкої популяції пацієнтів, незалежно від наявності в анамнезі серцево-судинних захворювань [2].

**Мета:** за даними літератури оцінити вплив дапагліфлозину та обмеження калорійності на ремісію діабету 2 типу; прослідкувати зв’язок між зміною харчування, його калорійністю з зміною стану хворого та його параметрів гомеостазу глюкози та ліпідів сироватки крові протягом 12 місяців; оцінити показники артеріального тиску, зміни маси тіла, окружності талії та жиру в організмі.

**Об’єкт дослідження:** 328 хворих на цукровий діабет 2 типу віком 20-70 років, з індексом маси тіла >25 і тривалістю діабету <6 років.

**Матеріали дослідження:** обмеження калорійності харчування та застосування дапагліфлозину 10 мг/день або плацебо.

**Параметри дослідження:**

* Первинний результат: частота ремісії ЦД2т (визначається як глікований гемоглобін <6,5% і рівень глюкози в плазмі натще <126 мг/дл за відсутності всіх протидіабетичних препаратів протягом принаймні 2 місяців);
* Вторинні результати: зміни маси тіла, окружності талії, жиру в організмі, артеріального тиску, параметрів гомеостазу глюкози та ліпідів сироватки крові протягом 12 місяців.

**Результати:** ремісія діабету була досягнута у 44% (73/165) пацієнтів у групі дапагліфлозину та 28% (46/163) пацієнтів у групі плацебо (співвідношення ризиків 1,56, 95% довірчий інтервал (ДІ) від 1,17 до 2,09). ; P=0,002) протягом 12 місяців, відповідаючи попередньо визначеній первинній кінцевій точці. Зміни у масі тіла (різниця -1,3 (95% ДІ від -1,9 до -0,7) кг) і оцінка резистентності до інсуліну на моделі гомеостазу (різниця -0,8, від -1,1 до -0,4) були значно більшими в групі дапагліфлозину, ніж у групі плацебо. Подібним чином рівень жиру в організмі, систолічний артеріальний тиск і метаболічні фактори ризику значно покращилися в групі дапагліфлозину, ніж у групі плацебо. Крім того, не було виявлено суттєвих відмінностей між двома групами щодо виникнення побічних ефектів [4].

**Висновок:** за даними літературних джерел,схема застосування дапагліфлозину в поєднанні з регулярним обмеженням споживання калорійності досягла значно вищої швидкості ремісії ЦД2т порівняно з обмеженням лише споживання калорій у пацієнтів із надмірною вагою або ожирінням і ЦД2т. Окрім того, було досягнуто покращення стану хворого та його параметрів гомеостазу глюкози та ліпідів сироватки крові протягом 12 місяців, а також показників артеріального тиску, зміни маси тіла, окружності талії та жиру в організмі.

**Cписок використаних джерел:**

1. Hsia DS, Grove O, Cefalu WT. An update on sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors for the treatment of diabetes mellitus. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2020;24(1):73–79.
2. Wilding J, Fernando K, Milne N, et al. SGLT2 inhibitors in type 2 diabetes management: key evidence and implications for clinical practice. Diabetes Ther. 2021;9(5):1757–1773.
3. Scheen AJ. Pharmacodynamics, efficacy and safety of sodium-glucose co-transporter type 2 (SGLT2) inhibitors for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Drugs. 2020;75(1):33–59.
4. Liu Y, Chen Y, Ma J, Lin J, Liu C, Li X, Xu Y, Kuang H, Shi L, Xue Y, Feng B, Zhu D, Wang G, Yang J, Xiao X, Yu X, Zhou J, Bao Y, Su Q, Lyu M, Li X, Zhang H, Li X. Dapagliflozin plus calorie restriction for remission of type 2 diabetes: multicentre, double blind, randomised, placebo controlled trial. BMJ. 2025 Jan 22;388:e081820. doi: 10.1136/bmj-2024-081820.

## **СИМУЛЬТАННА ОРТОТОПІЧНА ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ПЕЧІНКИ ТА ПЛАСТИКА ДМШП ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕКМО У ДИТИНИ З CABA**

# **Клишта В.В.**1, **Годік О.С.**2 1Старший лаборант кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Біліарна атрезія (БА) — це вроджена вада розвитку, яка характеризується блокуванням або відсутністю жовчних протоків, проявляється стійкою гіпербілірубінемією за рахунок прямої фракції, гепатомегалією та спленомегалією, призводить до формування біліарного цирозу та проявів печінкової недостатності. БА визнано одним із найшвидше прогресуючих захворювань печінки, який є основною причиною летальності, пов’язаної з захворюванням печінки, в педіатричній популяції, і головним показанням до трансплантації печінки. Частота БА коливається від 1:5000 до 1:20000 новонароджених. Існує кілька різних синдромів, частиною проявів яких є БА, що бути клінічно, а іноді й генетично охарактеризовані. Принаймні два з них вивчені: біліарна атрезія з порушеннями розвитку селезінки (Biliary Atresia Spleniv Malformation, BASM) та синдром котячого ока (Cat Eye Syndrome, CES). Відомо, що кардіологічні аномалії часто зустрічаються в обох синдромних типах, при цьому, на відміну від типових внутрішніх аномалій, які спостерігаються в BASM, немає конкретної стандартної вади серця. Частота супутніх вроджених вад серця (ВВС) коливається удітей з біліарною атрезією (Cardiac Anomaly Biliary Atresia, CABA), за різними даними, від 3,4% до 16%.

**Задачі.** Проаналізувати власний досвід хірургічного лікування дитини з поєднаними вадами розвитку: біліарною атрезією та дефекту міжшлуночкової перегородки в умовах НДСЛ «Охматдит».

**Мета** **дослідження**: розробити оптимальну тактику хірургічного лікування для дітей з комбінованими вадами печінки та серця (**CABA)**.

**Предмет дослідження:** лікувальна тактика при БА з супутньою ВВС.

**Об`єкт дослідження:** пацієнт з CABA.

**Основний матеріал.** Пацієнтка Д. 22.02.2023 р.н. вперше звернулась в НДСЛ «Охматдит» у віці 2 місяців зі скаргами на жовтушність шкіри та склер, ахолічний стул, дефіцит маси тіла (2350 г). Результати первинних лабораторних тестів: білірубін загальний 186,9, білірубін прямий 166,4, АЛТ - 229; АСТ – 254, гемоглобін 102, тромбоцити 480 змін в коагулограмі не виявлено. Оцінка за шкалою PELD при первинному поступленні – 11 балів.

За місцем проживання дитині було виконано біопсію печінки, проведено переоцінкц наданих скелець: гістологічна картина наданого матеріалу відповідає біліарному цирозу на фоні атрезії жовчних протоків. Операція Касаї не виконувалась оскільки паренхіма печінки вже мала ознаки розвинутого цирозу.

Дитина отримувала лікування: вітамінних комплексів, антибіотикотерапії, терапії, лікувального харчування. Поступово стан дитини прогресував з негативною динамікою, відмічалось прогресування портальної гіпертензії. У віці 9 місяців мав місце епізод шлунково-кишкової кровотечі, за даними ЕГДС: Варикозне розширення вен стравоходу ІІІ ступеня. Проведено процедуру ендоскопічного склерозування вен стравоходу. Відмічалось прогресування печінкової недостатності: подальше підвищення білірубіну, зниження білковосинтетичної функції, коагулопатія, наростання асциту, енцефалопатія, що потребувало проведення еферентних методик – дитина була переведена у відділення інтенсивної терапії гострих інтоксикацій. Оцінена за Шкалою PELD 45.1 балів.

Попередньо дитина спостерігалась за місцем проживанням у кардіолога з приводу ВВС, в рамках обстеження реципієнта перед оперативним втручанням проводиться кардіологічний огляд в ДУ «НПМЦДКК» МОЗУ при обстеженні за даними ЕХО-КГ, у дитини має місце перимембранозний ДМШП діаметром 4 мм, прикритий струтктурами ТК, шунтування ліво-праве, GrPmax LV/RV 80 mmHg. Кардіологічний діагноз**:** перимембранозний дефект міжшлуночкової перегородки, помірна дилятація лівих відділів серця, помірна недостатність тристулкового клапана. Дитині рекомендовано оперативне втручання в об`ємі пластики ДМШП.

Після опрацювання літературних даних визначено, що наявність дефекту міжшлуночкової перегородки та високий тиск у правих відділах серця може призвести до конгестії графту. Спільний кардіологічний та трансплантаційий консиліум постановив, що критерієм виникнення даного ускладнення в посттрансплантаційному періоді є ЦВТ, що має бути не вище 8 ммHg та об’єм наповнення правих відділів серця. Прийнято рішення про симультанне оперативне втручання з первинною кардіологічною корекцією: пластика дефекту міжшлуночкової перегородки з використанням АШК та наступною трансплантацією лівого латерального сектору печінки з використанням паралельної перфузії та ЕКМО.

Оптимальним донором обрана мама: імунологічно сумісна (пацієнт низького імунологічного ризику), без супутніх захворювань, з типовою анатомією судин печінки та адекватною масою запланованого графту.

Етапи хірургічного лікування. Кардіологічний: доступ: серединна стернотомія. Закриття дефекту міжшлуночкової перетинки та пластика трикуспідального клапана. На момент зупинки АШК - САТ 60/40 ммHg, ЦВТ 7 ммHg. Трансплантаційний етап: Back-table, маса графту - 210 г; доступ: поперечна субкостальна лапаротомія; експлантація печінки реципієнта; імплантація графту печінки в ортотопічну позицію; паралельна перфузія та ЕКМО протягом всього часу трансплантації.

Особливості при імпплантації графту: загальний об’єм печінки донора 1307 мл, ліва латеральна секція (SII – SIII)- 239 мл, ПЗР графту - 7,3 см, ПЗР черевної порожнини реципієнта – 4,7 см, Індекс GW/RW - 4,8. Враховуючу низьку масу тіла дитини на момент трансплантації (4,9 кг) та значну диспропорцію розмірів черевної порожнини та графту прийнято рішення про редукцію графта на 40% шляхом атипової резекціії латеральної та нижньої частин лівої секції in situ.

Загальна тривалість оперативного втручання складала 20 годин, час проведений на АШК - 2,5 години, паралельна перфузія тривала 8,5 годин.

Післяопераційний період протікав без особливостей, п/о рана загоєна первинним натягом. Дитина екстубована на 4 післяопераційну добу. Досягнуто ефективного самостійного дихання. З 2 післяопераційної доби розпочато ентерально введення регідрону, по досягненню засвоєння на 7 післяопераційну добу розпочато розгодовування ізокалорійною розщепленою сумішшю з досягненням повного вікового об’єму годування на 22 післяопераційну добу, включно х прикормами. Переведена з відділення інтенсивної терапії у хірургічне відділення на 11 післяопераційну добу.

На момент виписки дитина мала наступні лабораторні показники: білірубін загальний - 25,8; білірубін прямий - 16,8; АЛТ - 80; АСТ – 44, коагулограма – досягнуто нормалізації показників на 14 післяопераційну добу.

Проведено контрольне Ехо-КГ: невелика до помірної недостатність тристулкового клапана; невелика недостатність мітрального клапана; помірна залишкова гіпертрофія правого шлуночка.

**Висновки:**

1. Пацієнти з біліарною атрезією та комбінованою вадою серця (CABA) потребують високої уваги та комплексного планування лікування з урахування всіх можливих ускладнень.
2. Наші дані свідчать про успішне лікування пацієнти з БА та вродженою кардіологічною аномалією, за рахунок мультидисциплінарного підходу та правильно вибраної симультанної тактики операційного лікування (коли трансплантація печінки проводиться після коригуючої кардіохірургічної операції та застосуванням ЕКМО).
3. Адаптація розмірів графту печінки під час трансплантації є важливим фактором для дітей з дефіцитом маси тіла для попередження Large-for-size syndrome (LFSS) та компартмент синдрому. Гіперредукція графту печінки є безпечною альтернативою при трансплантації лівого латерального сектору печінки.

**Список використаних джерел:**

1. Aldeiri B, Giamouris V, Pushparajah K, Miller O, Baker A, Davenport M. Cardiac-associated biliary atresia (CABA): a prognostic subgroup. Arch Dis Child. 2021 Jan;106(1):68-72. doi: 10.1136/archdischild-2020-319122. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32690577.
2. Namgoong JM, Hwang S, Kim DY, Ha TY, Song GW, Jung DH, Kim KM, Oh SH. Pediatric deceased donor liver transplantation with *in situ* size reduction for recipient-graft size matching. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2021 Aug 31;25(3):431-435. doi: 10.14701/ahbps.2021.25.3.431. PMID: 34402448; PMCID: PMC8382866
3. Fujishiro J, Sugiyama M, Ishimaru T, Watanabe M, Sato K, Hoshino N, Uotani C, Kutsukake M, Hirata Y, Oka A. Direct hyperbilirubinemia in infants with congenital heart disease. Pediatr Int. 2018 Feb;60(2):179-182. doi: 10.1111/ped.13462. Epub 2018 Jan 24. PMID: 29178522.
4. Van der Schyff F, Britz RS, Strobele B, Demopoulos D, Beretta MR, Chitagu T, Botha JF. Hyperreduced left lateral living donor liver transplant in a 4.5 kg child-A first in Africa. Pediatr Transplant. 2023 Aug;27(5):e14536. doi: 10.1111/petr.14536. Epub 2023 May 15. PMID: 37189302.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТВОРЧОГО МИСЛЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

# **Козинець О.Г.**1**, Юрчинська Г.К.**2

1Магістрантка 2 курсу Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка

2Науковий керівник: канд. псих. наук, доцент кафедри загальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Науковці визначають, що творче мислення молодших школярів включає такі риси як: здатність генерувати велику кількість ідей, нестандартність підходів, гнучкість мислення, уміння знаходити й вирішувати проблеми, добре розвинену пам’ять, високий рівень допитливості, самостійність, ініціативність та наполегливість. Таке мислення тісно пов’язане зі створенням нових, оригінальних продуктів і пошуком незвичних способів дій. Водночас формування творчої особистості потребує цілеспрямованого керівництва, адже на розвиток творчого мислення впливають різноманітні чинники. Серед них виділяють: умови, в яких зростає дитини, соціальне середовище та особливості навчально процесу [1].

На думку О.Лоюк особливостями розвитку творчого мислення молодших школярів є: побудова навчально-виховного процесу на основі реалізації природної потреби в пізнанні, самопізнанні та розвиткові; орієнтація на самовідкриття учнями нових знань та способів дій у процесі вирішення проблемних ситуацій; насиченість навчально-виховного процесу позитивними емоціями, почуттями подиву, захоплення, радощів від інтелектуальної праці; опора на наочно-дійовий та наочно-образний типи мислення, що є характерними для молодших школярів; забезпечення невербальної та вербальної комунікації між учасниками взаємодії [2].

Усі діти від природи допитливі та творчі, постійно досліджують, експериментують, граються з різноманітними предметами. Вони не замислюються над тим, чи правильно діють, чи ні, їм приносить задоволення сам процес діяльності, в якому вони навчаються та отримують внутрішню свободу в самовираженні [3, с. 165]. В.Моляко також стверджує, що потенційно творчими є усі діти [4].

Психологічним механізмом, що забезпечує реалізацію творчого потенціалу в навчальній діяльності є домінування пізнавальних потреб порівняно з іншими типами мотивації. Це виражається у формі дослідницької, пошукової активності й виявляється у вищій сенситивності до новизни стимулу, новизні ситуації, виявленню нового у звичайному. Реалізація дослідницької активності забезпечує учню мимовільне відкриття миру, перетворення невідомого на відоме, творче породження образів, що завершується придбанням знання [5].

Відтак, для ефективного розвитку творчого мислення у молодших школярів важливим є формування саме пізнавальної мотивації – природного бажання дитини пізнавати світ, досліджувати і відкривати нове. Така мотивація стає рушієм активності дитини в навчанні й допомагає перетворювати буденні чи знайомі речі на джерело нових знань. Тому, навчальний процес має бути спрямований на стимулювання дослідницької активності, це також дозволить підтримувати інтерес, активізувати уяву, породжувати нові ідеї та рішення. Завдання для молодших школярів повинні містити елементи новизни, проблемності, запитів, що потребують відкриття або самостійного осмислення.

Через безпосередню взаємодію з навколишнім середовищем діти навчаються, розвивають свої здібності, формують власний досвід і здобувають здатність та внутрішню свободу для вираження своїх думок, фантазій та емоцій. Відчуття такої свободи допомагає дітям вільно генерувати ідеї, проявляти уяву та природну ініціативність.

Молодший шкільний вік – це період найбільш інтенсивного становлення навчальної діяльності, яка є провідною на цьому етапі розвитку дитини. Під керівництвом вчителя учні засвоюють форми суспільної діяльності: наукові поняття, художні образи, моральні цінності, правила поведінки. Це сприяє формуванню у дітей теоретичного ставлення до світу, розвитку теоретичного мислення, свідомості, рефлексії, аналізу і планування.

Психічний та особистісний розвиток дітей молодшого шкільного віку зумовлений особливостями соціальної ситуації розвитку, зокрема навчанням у початковій школі і ґрунтується на пізнавальному інтересі та новій соціальній ролі школяра.

Однією із характерних рис цього віку є переважання наочно-образного мислення, пов’язаного з асоціюванням і конкретизацією образів, запам’ятовування та розуміння матеріалу через його опредмечування. Інакше кажучи, діти краще засвоюють загальні знання, коли вони уявляють їх у вигляді предметних образів.

Наочно-образне мислення формується та проявляється під час практичної діяльності учнів на уроках, коли відбувається взаємодія з реальними об’єктами. Відтак учні формують чіткі, яскраві та стійкі образи, які стають основою для ефективного розв’язання як пізнавальних, так і практичних завдань.

Якщо під час навчання не враховуються ці особливості наочно-образного мислення, то навіть елементарні уміння та навички формуються значно довше. Водночас, якщо навчальний процес враховує цей зв’язок між образами й поняттями, теоретичний рівень навчання молодших школярів можна значно підвищити.

Т.Яновська вважає, що наочно-образне мислення не лише полегшує засвоєння знань, а й сприяє формуванню гнучких і рухливих уявлень, які допомагають школярам більш ефективно опановувати навчальний матеріал. Врешті-решт, це позитивно позначається на рівні їхніх навчальних досягнень [6].

У процесі розвитку та формування творчого мислення у молодшому шкільному віці слід приділити значну увагу розвитку дивергентного мислення. Першим про нього заговорив Дж.Гілфорд, який досліджував механізми творчого мислення. Він розробив тести дивергентного мислення, які є частиною загальної системи тестів, націлених на розкриття творчого потенціалу особистості.

Дивергентне мислення – це когнітивна навичка, яка використовується для пошуку нових можливих рішень проблеми чи ситуації за допомогою творчості. Характеристиками дивергентного мислення є нелінійність процесу всупереч загальноприйнятим судженням, що передбачає відкрите дослідження реальності. Цей процес мислення тісно пов’язаний з інтуїцією та емоціями. Дивергентне мислення має позитивне значення під час вивчення нових можливостей, здійснення творчих процесів, але може зашкодити під час пошуку відповіді на конкретне питання або у разі вирішення складної ситуації. Творче мислення тісно пов’язане з емоціями, самоконтролем та управлінням власними почуттями, дає змогу на одне питання отримати декілька відповідей, породжує оригінальні ідеї. Саме тому вдосконалення дивергентного мислення допомагає продукувати кращі ідеї та бути більш креативним [7].

На думку українських науковців Л.Липової, Л.Морозової та С.Ренського, дивергентне мислення проявляється як багатовекторний і часто інтуїтивний процес, що принципово відрізняється від конвергентного мислення, яке є послідовним, логічним та спрямованим на вирішення конкретної задачі. Дивергентне мислення спрямоване на пошук різноманітних шляхів і варіантів рішень, а також на створення нових зв’язків між, на перший погляд, несумісними об’єктами чи ідеями. До його основних характеристик відносять спрямованість на відкриття невідомого, вихід за межі звичних шаблонів, пошук альтернативних рішень, здатність бачити як подібність, так і відмінність між об’єктами та прагнення поглянути на знайоме з нової перспективи чи незвичного боку [8].

Дивергентне мислення базується на багатоваріативності уявлень і виступає джерелом створення нестандартних ідей, тоді як конвергентне мислення орієнтоване на суворе дотримання причинно-наслідкових зв’язків у навколишньому світі. Завдяки цьому саме дивергентне мислення є ключовим компонентом творчої діяльності. Згідно з психологічними дослідженнями, діти з високим рівнем обдарованості демонструють успішність у виконанні завдань і вправ, що потребують дивергентного підходу, і отримують від цього процесу задоволення [9].

Відтак, для розвитку творчого мислення молодших школярів важливо акцентувати увагу на формуванні дивергентного мислення як ключового механізму творчої діяльності. В умовах сучасної школи вчителю необхідно створювати такі освітні ситуації, в яких діти мали б змогу шукати нестандартні рішення, пропонувати різні підходи до вирішення однієї задачі чи проблеми, проявляти гнучкість і оригінальність у мисленні. Враховуючи це педагогічний процес варто будувати на завданнях відкритого типу, що дозволяють учням розвивати навички багаторівневого мислення. Це можуть бути вправи, що передбачають пошук альтернативних способів використання звичних об’єктів, вигадування різних кінцівок до казок, створення історій на основі випадкових слів чи зображень. Такі завдання сприяють формуванню у дітей здатності виходити за межі стереотипів, мислити творчо і вільно, знаходити оригінальні ідеї у звичних або складних ситуаціях.

Що стосується умов для розвитку творчого мислення, то слід звернутися до думок Дж.Гілфорд, який наголошував на декількох ключових методах стимуляції творчої активності школярів. Зокрема, він вказував на важливість створення позитивного психологічного клімату під час навчання. Доброзичливе ставлення та уникнення критики дають дитині свободу для прояву дивергентного мислення. Також важливим є насичення навчального середовища новими, незвичними для дітей об’єктами й стимулами, що пробуджують допитливість, заохочення учнів до генерування оригінальних ідей, створення умов для регулярних вправ, які стимулюють практичне застосування творчого підходу. Дж.Гілфорд радив використовувати завдання з відкритим кінцем і запитання, що потребують нестандартного мислення, як в навчальній. Так і в позаурочній діяльності. Крім того, він вважав ефективним демонструвати учням власний приклад творчого розв’язання завдань і надавати їм можливість самостійно формулювати питання [10].

Результати наукових пошуків (О.Кульчицька, О.Моляко) доводять, що розвиток творчого мислення є процесом довготривалим, складним та загадковим. Багаторічний досвід педагогів свідчить, що в цьому плані можна досягти значних успіхів за умови спеціальноорганізованого навчання й виховання [11, с. 241].

Одним із найважливіших моментів, який треба враховувати у процесі організації навчання, спрямованого на розвиток творчих здібностей школярів, є проблема створення креативного навчально-розвиваючого середовища. Воно характеризується, насамперед, сприятливим психологічним кліматом спілкування вчителя й учнів, який забезпечує атмосферу взаємної пошани, дружелюбності, делікатності, створює комфорт і умови для творчої роботи, розкриває потенційні можливості кожної особистості. До засобів впливу на психологічний клімат належать: демонстрація доброзичливості педагога до своїх вихованців, знаки уваги, інтер’єр класної кімнати, різноманітні форми роботи, зокрема нестандартні, як на уроках, так і в позаурочний час, мовні, мімічні, мнемонічні засоби тощо [12].

Також важливим у розвитку творчого мислення є створення позитивного емоційного фону, оскільки пізнавальний процес нерозривно пов’язаний з емоційною залученістю та інтересом до пізнання. Навчальний процес, насичений вправами, що активізують інтуїцію, уяву, асоціативне мислення, не тільки розвиває дивергентне мислення, а й сприяє задоволенню від інтелектуальної діяльності.

Розглядаючи особливості формування пізнавальної діяльності молодших школярів, варто відзначити, що цей процес тісно пов’язаний з практичною діяльністю. Будь яка діяльність відбувається за певних умов, які можуть бути як сприятливими та комфортними, так і складними та незвичними. Поведінка людини, її внутрішній світ розвиваються у конкретних обставинах, поступово перетворюючись на стійкі риси особистості, зокрема здатність долати труднощі та шукати нестандартні рішення, які в свою чергу, визначають подальші вчинки. Враховуючи це, умовою для розвитку творчого мислення є особистісний розвиток дитини в середовищі, що має високу міру невизначеності і багатоваріативність у плані чисельності можливостей. Невизначеність стимулює творчий пошук, багатоваріативність – можливість знаходження творчих рішень.

В.Сухомлинський підкреслював, що вчитель не повинен передавати знання учням у готовому вигляді, адже це призводить до пасивності та небажання мислити. Щоб породжувати власні думки, дитина повинна докладати зусиль [13]. Педагог наголошував на важливості навчання через подолання труднощів. Саме завдяки цьому в учнів розвиваються інтелектуальні здібності та внутрішні резерви. Тільки напружуючись розумово і фокусуючи увагу на отриманні нових знань, діти можуть досягти успіху. З цього приводу В.Сухомлинський відмічав: “Дбаймо, шановні колеги, щоб дитина в початковій школі була передусім думаючою, активним здобувачем знань, допитливим шукачем істини, мандрівником у світі пізнання” [14, с. 428].

Також В.Сухомлинський закликав педагогів проводити шкільні заняття природи, він називав ці заняття “подорожами до джерел живої думки”. Основними завданнями цих уроків були розвиток спостережливості, уміння визначати спільні й відмінні риси об’єктів, порівнювати й узагальнювати інформацію, формулювати гіпотези й робити самостійні висновки. Він переконував, що такі “уроки мислення” стимулюють пізнавальний інтерес дітей, збагачують їхній життєвий та чуттєвий досвід, спонукають до творчості засобами образотворчого мистецтва, музики та літератури.

Особливого значення В.Сухомлинський надавав взаємозв’яку творчого мислення з різними видами трудової діяльності. На його думку, лише там, де дитина одночасно спостерігає, діє й працює, формується жива думка, що розвиває розум. Чим більше діти трудяться, тим глибше вони пізнають світ і тим більше питань у них виникає. Педагог зазначав, що завдяки досвіду практичної діяльності людина набуває важливої якості – здатності бачити інтелектуальну сторону будь-якої справи та знаходити можливості поєднання розумової й фізичної роботи.

Аналізуючи погляди В.Сухомлинського, варто підкреслити, що розвиток творчого мислення дітей був одним із пріоритетних напрямів його роботи. Педагог переконливо стверджував, що саме в молодшому шкільному віці дитячий мозок найбільш сприятливий і пластичний, а потенціал цього періоду – надзвичайно великий. Він створив сласну концепцію формування творчої особистості молодшого школяра, до якої включив так ключові компоненти як постійний контакт з природою та красою, співпереживання, творчу думку та творчу працю.

О.Кульчицька одним із важливих чинників розвитку творчого мислення молодших школярів називає гру, яка є все ще є значною частиною життя учня початкової школи. Через гру діти можуть розслабитися, утвердитися, реалізувати свої внутрішні прагнення. Під час гри активно розвивається уява, формуються фантазійні образи та створюються нові продукти діяльності, що є емоційно привабливими для дитини. Гра дозволяє дітям мріяти, вільно проявляти себе та свої творчі здібності. З роками ці якості згасають, однак саме вони є основою подальшого особистісного та професійного розвитку. Без дитячої безпосередності, творчого підходу, здатності ризикувати та відмовлятися від шаблонів неможливо уявити повноцінне формування гармонійної особистості [15].

Ігри, які вигадують та ідеї, які вони втілюють у процесі гри, є результатом їхньої уяви. Уява відіграє важливу роль у розвитку творчого мислення, адже вона повинна стимулювати психічний розвиток дитини, а не перетворюватися на пасивне фантазування, що підмінює реальність вигаданими образами.

Таким чином, розвиток творчого мислення у молодших школярів є багатогранним процесом, що залежить від ряду психологічних механізмів та педагогічних умов. Творче мислення молодших школярів проявляється у здатності генерувати нестандартні ідеї, гнучко підходити до розв’язання завдань і проблем, висувати нові гіпотези та створювати оригінальні продукти. Воно формується під впливом низки факторів, зокрема – особливостей освітнього середовища, стилю педагогічної взаємодії, умов, у яких зростає дитина, і характеру навчального процесу. Серед ключових механізмів розвитку творчості – стимулювання пізнавальної мотивації, розвиток дивергентного мислення, створення позитивного психологічного клімату на уроках та організація навчального процесу, що передбачає свободу вибору та нестандартність мислення. Значну роль відіграють активні форми навчання – дослідницька діяльність, творча гра, взаємодія з природою та мистецтвом. Такий підхід дозволяє не лише розкрити творчий потенціал молодших школярів, а й сприяє гармонійному розвитку особистості дитини.

**Список використаних джерел:**

1. Гнатюк О.В. Розвиток творчого мислення здобувачів початкової освіти в умовах нової української школи. Функціонування творчого мислення в умовах інформаційної невизначеності: матеріали ХХІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції, 24 травня 2022 року / за ред. В.О.Моляко. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 192 с.
2. Лоюк О.В. Теорія і практика розвитку творчого мислення учнів у навчально-виховному процесі початкової школи : монографія. Умань : Видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2016. 216 с.
3. Роджерс Н. Творчество как усиление себя. Вопросы психологии. 1990. №1. С. 164 – 168.
4. Моляко В.О. Творчий потенціал людини як психологічна проблема. Обдарована дитина. 2005. № 4. С. 2−9.
5. Понасенкова С.В. Обдаровані діти: формування та розвиток здібностей (психологічний аспект). Проблеми виховання. 2003. № 2. С. 21–35.
6. Яновська Т. Психологічні особливості наочно-образного мислення молодших школярів. *Молодий вчений.* 2020. №4 (80). С. 107-110. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-4-80-24>.
7. Лисенко Л.М. Особливості розвитку дивергентного мислення в молодших школярів. Габітус. 2021. Вип. 27. С. 22-26. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2021_27_5>.
8. Липова Л., Морозова Л., Ренський С. Концепція обдарованості та її види. Рідна школа. 2003. №4.
9. Вдовенко В. Формування дивергентного мислення молодших школярів на уроках математики. Наукові записки [Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка]. Серія: Проблеми методики фізико-математичної і технологічної освіти. 2016. Вип. 12(1). С. 8-13.URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/nz_pmfm_2016_12(1)__4>.
10. Дорофей С.В. Психологічні механізми формування творчих здібностей в навчальній діяльності. Теорія і практика сучасної психології. 2020. Т. 1, №1. С. 175-180. URL: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.33>.
11. Кульчицкая Е.И. Моляко В.А. Сирень одаренности в саду творчества. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008. 316 с.
12. Сисоєва С.О. Підготовка вчителя до формування творчої особистості учня : монографія. Київ : Поліграфкнига, 1996. 406 с.
13. Сухомлинський В.О. Сто порад учителеві. Київ: Радянська школа, 1988. 310 с.
14. Сухомлинський В.О. Вчити вчитися. Вибрані твори в 5 т. Київ: Радянська школа, 1977. Т. 5. С. 426–436.
15. Кульчицька О.І. Дивергентне мислення як умова розвитку творчості дітей молодшого шкільного віку. Обдарована дитина. 1999. №1. С. 2– 6.

**РОЛЬ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ У ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ СУДИННИХ МАЛЬФОРМАЦІЯХ У ДІТЕЙ**

**Кравчук А.В.**1, **Бензар І.М.**2

1Лікар-інтерн хірург, II курсу, дитяча хірургія, НДСЛ Охтмадит, НУОЗУ ім.П.П. Шупіка

2Науковий керівник професор кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, НДСЛ Охтмадит

**Вступ.** Синдром блакитних невусів є рідкісною формою судинних аномалій, що характеризується множинними венозними мальформаціями, які найчастіше уражають шкіру і внутрішні органи [1]. Шлунково-кишкові кровотечі вперше виникають у ранньому віці і можуть повторюватись протягом усього життя. Масивна раптова кровотеча виникає вкрай рідко. Зазвичай пацієнти страждають від хронічної постгеморагічної анемії, довічно потребуючи замісної терапії препаратами заліза і повторних переливань крові [2].

Аномалія центральних лімфатичних каналів (АЦЛК) характеризується розширенням центральних лімфатичних каналів внаслідок порушення моторики або дистальної обструкції [3], внаслідок чого виникає лімфатична гіпертензія з витоком лімфи в серозні порожнини, а також ентеропатія з втратою білка.

Капсульна ендоскопія – технічно складний, дороговартісний метод дослідження, який повинен використовуватися за чіткими показаннями. Окремі судинні мальформації можуть уражати шлунково-кишковий тракт та бути причиною важких, небезпечних для життя ускладнень [1].

**Мета.** Визначити клінічні симптоми, які є показанням для проведення капсульної ендоскопії у дітей з судинними мальформаціями.

*Основна частина.*

*Клінічний випадок 1:* Пацієнтка К., 12 років. Тривалий час лікувалася з приводу анемії. При госпіталізації в НДСЛ ОХМАТДИТ звернули увагу на характерні судинні утворення в ділянці долонь, а також шкіри передньої черевної стінки, кінцівок. Виконана ендоскопія, виявлено множинні венозні локальні мальформації шлунка, дванадцятипалої кишки, товстої кишки. Встановлено діагноз синдром блакитних гумових невусів. Проведено оперативне лікування – видалено частину мальформацій шлунково-кишкового тракту. Через рік після операції дитина госпітазована з приводу хронічної постгеморагічної анемії. Виконана капсульна ендоскопія, встановлено прогресування захворювання, понад 50 вогнищевих уражень шлунково-кишкового тракту, поява нових вогнищ та збільшення в розмірі існуючих.

*Клінічний випадок 2:* Пацієнт А., 11 років. Скарги на набряки нижніх кінцівок, калитки. Хворіє з народження. Анамнез життя: Дитина від І вагітності, що проходила на фоні загрози в 20 тиж. На УЗД в 21 тиждень гестації гідроперикард, на 30 тижні - асцит, водянка оболонок яєчка. Після народження проводилась симптоматична терапія, дренування перикарду. У дитини діагностовано хронічну гіпопротеїнемію, гіпоальбумінемію (альбумін-31 г/л, білок загальний – 50 г/л). Лімфостаз нижніх кінцівок та зовнішніх статевих органів прогресує. Проводиться лімфодренажна консервативна терапія. Дитині виконана капсульна ендоскопія, виявлено тотальне ураження тонкої кишки, розширені лімфатичні канали ворсинок. Встановлено діагноз: аномалія центральних лімфатичних каналів. Лімфостаз нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів. Ентеропатія, пов'язана з втратою білка.

**Висновки.** Характерні судинні ураження шкіри, особливо локалізовані в ділянці долонь та підошов, є зовнішніми ознаками синдрому блакитних невусів, який уражає шлунково-кишковий тракт. Лімфедема у поєднанні з хілоперитонеумом, гіпопротеїнемією можуть бути ознаками аномалії центральних лімфатичних каналів. Перелічені клінічні ознаки є показанням для проведення капсульної ендоскопії.

**Список використаних джерел:**

1. Ortega Larrodé A, Hurtado de Mendoza L, Mata Casado S, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome. Rev Esp Enferm Dig. 2023 Nov;115(11):671. doi: 10.17235/reed.2023.9913/2023.
2. Becq A, Bisdorff A, Riccioni ME, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome: A European multicenter cohort study. Dig Liver Dis. 2025 Feb;57(2):603-608. doi: 10.1016/j.dld.2024.10.001.
3. Garlisi Torales LD, Sempowski BA, Krikorian GL, et al. Central conducting lymphatic anomaly: from bench to bedside. J Clin Invest. 2024 Apr 15;134(8):e172839. doi: 10.1172/JCI172839.

## **АДАПТИВНІ СТИЛІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

# **Кузнєцова О.І.**1, **Томаржевська І.В.**2

1Студентка магістратури, спеціальність 053 «Психологія»

2Науковий керівник: канд. психолог. наук, доцент.

**Вступ.** Повномасштабна війна в Україні призвела до зростання кількості внутрішньо переміщених осіб. Особливий інтерес становить аналіз саморегуляції у студентів психологічного профілю, які мають статус ВПО. З одного боку, вони є майбутніми фахівцями у сфері психічного здоров’я, що вимагає від них високого рівня емоційної стабільності, адаптивності та професійної саморегуляції. З іншого боку, вони самі пережили травматичний досвід війни та вимушеного переселення, що впливає на їхню здатність до ефективної адаптації та психологічної підтримки інших. Саморегуляція відіграє ключову роль у подоланні стресу, адаптації до нових умов та формуванні психічної стійкості. Вивчення адаптивних стилів саморегуляції дозволяє розробити ефективні інструменти підтримки для ВПО.

**Об’єкт дослідження:** саморегуляція тимчасово переміщених осіб.

**Предмет дослідження:** адаптивні стилі саморегуляції тимчасово переміщених осіб.

**Мета роботи.** Оцінити особливості стилів саморегуляції та рівень резильєнтності у студентів-психологів, які мають статус внутрішньо переміщених осіб.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 30 студентів-психологів, частина з яких є ВПО, а частина перебуває за кордоном. Для дослідження використовувалися такі методики: опитувальник «Когнітивна регуляція емоцій» “Cognitive Emotion Questionnaire” (Гарнефскі, Крайг), методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)) (Ендлер, Паркер), шкала резильєнтності CD-RISC-10. Обробка даних включала описову статистику та кореляційний аналіз.

**Результати.** Найпоширенішими адаптивними стилями саморегуляції серед ВПО були перефокусування на планування (M=15,33) і постановка в перспективу (M=13,80). Серед дезадаптивних стилів виділено румінацію (M=12,47) та самозвинувачення (M=9,93). Переважаючим типом копінгу був орієнтований на вирішення завдання (M=58,10). Середній рівень резильєнтності становив M=26,53. Перефокусування на планування позитивно корелювало з резильєнтністю (ρ=0,455), тоді як румінація (ρ=-0,480) та катастрофізація (ρ=-0,377) мали негативний зв’язок із цим показником.

**Висновки.** Результати дослідження засвідчують, що використання адаптивних стилів саморегуляції тісно пов’язане з вищим рівнем резильєнтності серед студентів зі статусом ВПО. Натомість румінація та катастрофізація знижують здатність до адаптації. Психологічна підтримка має бути спрямована на розвиток конструктивних стратегій саморегуляції, зокрема когнітивного планування та переоцінки, а також зменшення неадаптивних патернів реагування.

**Список використаних джерел:**

1. Connor K.M., Davidson J. R. T. (Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety.* 2003. Vol. 18(2). P. 76–82.
2. Gradus Research. Mental Health Report: Психічне здоров’я українців під час війни (2022) [Електронний ресурс]. URL: https://gradus.app.
3. Кирашек Н.О., Ковальова О.В. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. *Habitus*. 2024. Вип. 61. С. 187-190. URL: http://habitus.od.ua/journals/2024/61-2024/36.pdf
4. Іщук О.В., Лукасевич О.А. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій України. *Проблеми сучасної психології*. 2019. №1(15). C. 53-59.
5. Степаненко І.О. Адаптаційні стилі саморегуляції у вимушено переміщених осіб: емпіричне дослідження. *Журнал сучасної психології.* 2024. №1. С. 37–54.
6. Гриньова М.В., Кононова М.М. Саморегуляція навчальної діяльності та професійний розвиток студентської молоді : монографія. Полтава : Астрая, 2021. 384 с.
7. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
8. Методики дослідження психічного здоров’я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум / за ред. Л.М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
9. Кокун О.М. Психологічні чинники адаптації осіб, які зазнали впливу стресових факторів війни. Київ : Міленіум, 2022. 310 с.
10. Кокун О.М., Мельничук Т.І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. – Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.
11. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навч. посіб. / ред. В.В. Огоренко. Дніпро : ЛІРА, 2023. 312 с.
12. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посібник для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.
13. Фурс О.Й. Саморегуляція освітньої діяльності та професійний розвиток здобувачів закладів професійної (професійно-технічної) освіти : навч.-метод. посіб. Біла Церква : БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України, 2024. 130 с.
14. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 20.10.2014 р. №1706-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18.
15. Про надання соціальних та психологічних послуг ВПО: Постанова КМУ від 17.03.2023 р. №248. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2023-п.

## **ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ РФ**

# **Міщенко О.В.**1**, Крайніков Е.В.**2

1Магістрантка 2-го курсу Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка

2Кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

**Актуальність дослідження.** Ставлення молоді до власного здоров’я є ключовим чинником загального благополуччя, особливо в умовах впливу дистресу. Повномасштабне вторгнення РФ в Україну створило безпрецедентні виклики, що безпосередньо впливають на поведінку, пов’язану зі збереженням здоров’я. Дослідження особливостей цієї поведінки дозволяє виявити психологічні механізми адаптації та визначити ефективні стратегії підтримки молоді в кризових умовах.

**Мета дослідження.** Визначити особливості ставлення української молоді до здорового способу життя в умовах війни.

Встановити зв’язок між рівнем тривожності та відношенням до власного здоров’я.

Дослідити взаємозв’язок між рівнем суб’єктивного благополуччя та ставленням до власного здоров’я.

Виявити вплив сімейних моделей поведінки на формування здорових звичок.

**Методи дослідження.** У дослідженні використано психодіагностичні методики:

1. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (адаптований варіант методики Г.Айзенка) адаптований Максименко С.Д., Карамушка Л.М., Зайчикова Т.В.
2. Тест «Стійкість до стресу» адаптований Максименко С.Д., Карамушка Л.М., Зайчикова Т.В.
3. Методика «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі» (The modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB)) (P.Pontin, M.Schwannauer, S.Tai, M.Kinderman) адаптація Л.М.Карамушки, К.В.Терещенко, О.В.Креденцер.
4. Опитувальник Brief-COPE, ситуаційна версія Carver et al., адаптація Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.

Додатково проаналізовано вплив сімейного виховання та соціального середовища на формування ставлення до здоров’я за допомогою анкетування.

**Результати.** Підвищений рівень тривожності корелює з більш відповідальним ставленням до здоров’я, що підтверджує гіпотезу про можливий адаптивний ефект помірної тривожності, тобто тривожність може виступати мотивуючим фактором для змін у поведінці, спрямований на покращення здоров’я.

Позитивні батьківські моделі сприяють усвідомленому ставленню до здоров’я, тоді як негативні патерни можуть відтворюватися у поведінці молоді. Усвідомлення впливу негативних батьківських патернів сприяє переосмисленню власних звичок та зміні поведінки на більш здорову.

Фізична активність, та адаптивні копінг-стратегії допомагають зменшувати негативний вплив дистресу та підвищенню загального благополуччя, а психологічна підтримка сприяє переходу до використання більш адаптивних копінг-стратегій.

Гіпотеза про зв’язок між високим рівнем суб’єктивного благополуччя та дбайливим ставленням до здоров’я не підтвердилася – у двох групах рівень суб’єктивного благополуччя залишався низьким, незалежно від їхньої поведінки щодо здоров’я.

**Висновки.** В умовах війни молодь демонструє усвідомлення важливості дбайливого ставлення до власного здоров’я, проте спостерігається значна варіативність у підходах до його збереження. Одним із ключових факторів є рівень стресостійкості та копінг-стратегії.

**Рекомендації.** Впровадження програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток адаптивних копінг-стратегій.

Формувати усвідомлення впливу батьківських моделей поведінки та сприяти формуванню та розвитку власних більш здорових звичок.

Використовувати методи психологічного консультування, що допоможуть молоді ефективно управляти наслідками дистресу та формувати довготривалі здорові звички.

**Стаття.** СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ.

**Анотація.** У статті проаналізовано ставлення до здоров’я серед української молоді віком 22–35 років в умовах повномасштабного вторгнення РФ. На основі психодіагностичного та соціологічного дослідження (n = 40) виявлено амбівалентний вплив тривожності: для молоді з відповідальною поведінкою підвищена тривожність виступає мотиваційним чинником до збереження здоров’я (r = 0,41; p < 0,05), тоді як для групи з ризикованою поведінкою щодо власного здоров’я зв'язок статистично незначущий (r = 0,12; p = 0,62). Підкреслено роль сімейних моделей у формуванні ставлення до здоров’я. Отримані дані можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки української молоді в умовах війни.

**Ключові слова:** тривожність, копінг-стратегії, стрес, війна, здоров’я, молодь, сімейні патерни.

**Актуальність дослідження** зумовлена необхідністю розуміння впливу екстремальних умов (війни) на психоемоційний стан молоді та її поведінкові стратегії, пов’язані зі збереженням здоров’я. Основною метою роботи є аналіз взаємозв’язку між тривожністю, рівнем стресостійкості, суб’єктивним благополуччям, копінг-стратегіями та впливом сімейних моделей на ставлення до здоров’я. Результати наукових досліджень свідчать, що молодь є однією з найбільш вразливих груп під час військових конфліктів. Зокрема, стаття І.Пєши і Т.Андріученко «Збереження психічного здоров’я молоді в умовах повномасштабної війни» присвячена розгляду проблеми підтримки психічного здоров’я молоді в умовах повномасштабної війни і її вплив на психологічний стан молоді, відповідно і на майбутнє українського суспільства [1]. Інше дослідження, Kraskov O. Вплив факторів стресу, пов’язаних з війною в Україні, на психічне здоров’я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсів Національного університету «Києво-Могилянська академія») опубліковане в журналі «Психосоматична медицина та загальна практика», виявило, що студенти Національного університету «Києво-Могилянська академія» зазнають підвищеного рівня стресу через війну, що впливає на їхнє психічне здоров'я та може призводити до розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу [2]. Дослідження, проведене ГО «Аналітичний центр Cedos» та дослідницькою агенцією Info Sapiens, за ініціативи, а також фінансової, технічної та організаційної підтримки Програми розвитку ООН (ПРООН), Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні (UNFPA) та Міністерства молоді та спорту України, підкреслює, що війна впливає на сприйняття молоддю поточної ситуації, економічні можливості, освіту та охорону здоров'я [3].

Хоча попередні дослідження вивчали вплив війни на молодь, наша робота зосереджена на визначенні впливу чинників, що впливають на ставлення до здоровя у молоді під час війни.

Війна загострила відчуття нестабільності, що впливає на можливість молоді будувати довгострокові плани на майбутнє. Частина молоді не бачить сенсу звертатись по допомогу до фахівців, проходити підтримуючу терапію та вживати профілактичні заходи, оскільки не має впевненості у завтрашньому дні. Інші, навпаки, шукають шляхи збереження здоров’я через формування нових копінг-стратегій та адаптивної поведінки. Велика кількість молодих людей вже бере безпосередню участь у бойових діях, захищаючи країну на передовій, активно долучається до волонтерського руху або працює задля зміцнення економіки. У цих складних умовах збереження фізичного та психічного здоров’я молодого покоління стає пріоритетним завданням. Формування здорового генофонду є стратегічно важливим, оскільки демографічна криза, спричинена війною, міграцією та людськими втратами, може мати довгострокові негативні наслідки для розвитку українського суспільства. Значна частина української молоді через війну була змушена виїхати за кордон у пошуках безпеки, освіти та стабільних умов життя.

Актуальність цього дослідження обумовлена необхідністю вивчення ставлення до здоров’я української молоді під час війни, визначення основних факторів, що впливають на це ставлення, а також розробки можливих заходів психологічної підтримки, які сприятимуть збереженню фізичного та ментального здоров’я.

**Мета дослідження –** дослідити психологічні чинники ставлення до власного здоров’я української молоді під час війни.

**Об’єкт дослідження**: ставлення до власного здоров’я як психологічний феномен.

**Методи.** У досліджені використано комплексний підхід, що поєднує соціологічне опитування (структура сім’ї, наявність шкідливих звичок) та психодіагностичні методики:

Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адапт. С.Д.Максименко, Л.М.Карамушка, Т.В.Зайчикова) [4].

Тест «Стійкість до стресу» (адапт. тими ж авторами) [5].

Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя BBC-SWB (адапт. Л.М.Карамушка та ін.) [6].

Опитувальник Brief-COPE (адапт. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г.) [7].

Статистичний аналіз включав кореляційний аналіз з використанням коефіцієнтів Пірсона (r) та φ-кореляції для категоріальних змінних. Сила зв’язку визначалася згідно з критеріями Коена.

**Вибірка**: респонденти раннього дорослого віку (22-35 років), студенти ІПО Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Гендерний розподіл не аналізувався через малу частку чоловіків (< 20%), що недостатньо для порівняльного аналізу. Гендер не був ключовим критерієм відбору для дослідження.

**Результати.** Сімейне середовище: 75% респондентів виховувалися в повних сім’ях. Повні сім’ї асоціюються зі здоровою поведінкою (φ = 0,52; p < 0,01).

Поведінкові патерни: 67% респондентів не палять; серед курців переважає використання електронних сигарет. 17,5% перебувають у зоні ризику щодо вживання алкоголю.

Тривожність: У групі «+» (відповідальна поведінка) 22,2% мають високий рівень тривожності, що корелює з дбайливим ставленням до здоров’я (r = 0,41; p = 0,02). У групі «–» (ризикова поведінка) такий зв'язок відсутній.

Стресостійкість: Низький рівень стресостійкість асоціюється з ризиковою поведінкою (r = -0,55; p < 0,01).

Копінг-стратегії: 90,2% вибірки орієнтуються на емоційно-фокусований копінг. Проблемно-орієнтовані стратегії практично не застосовуються.

Сімейні приклади: 80% некурців із групи «+» мають батьків, які є взірцем поведінки (χ² = 4,32; p < 0,05).

**Обговорення.** Отримані результати свідчать про амбівалентну роль тривожності: у контексті високої стресостійкості вона виступає як адаптивний мотиватор, у протилежному випадку – як фактор ризику. Сімейні моделі поведінки мають ключове значення для формування ставлення до здоров’я, що доводиться як за допомогою кореляційного аналізу, так і шляхом аналізу відповідей респондентів.

**Висновки.** Підвищена тривожність не є однозначним чинником ризику – у певних умовах вона може слугувати мотиваційним ресурсом.

Сімейні моделі поведінки чинять істотний вплив на формування звичок збереження здоров’я.

Переважання емоційно-фокусованого копінгу свідчить про потребу в програмі розвитку адаптивних стратегій.

Доцільним є впровадження тренінгів психологічної стійкості та профілактики деструктивної поведінки. Необхідні інтервенції, спрямовані на:

* Розвиток адаптивних копінг-стратегій.
* Усвідомлення впливу сімейних моделей.
* Зниження рівня тривожності.

**Перспективи**. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вивчення гендерних відмінностей у ставленні до здоров’я та залучення до дослідження інших вікових груп.

**Список використаних джерел:**

1. Пєша І., Андріученко Т. (2023) Збереження психічного здоровя молоді в умовах повномасштабної війни. Соціальна робота та соціальна освіта. №2(11) [електронний ресурс] URL: <https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(11).2023.291876> (дата зверення: 01.04.2025).
2. Kraskov O. Вплив факторів стресу, пов’язаних з війною в Україні, на психічне здоров’я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсів Національного університету «Києво-Могилянська академія») . PMGP [інтернет]. 30, Вересень 2024 [цит. за 01, Квітень 2025];9(3).  [електронний ресурс] URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/522>
3. Cedos. (n.d.). Презентація дослідження «Вплив війни на молодь України». Retrieved April 2, 2025, [електронний ресурс] URL: <https://cedos.org.ua/events/prezentacziya-doslidzhennya-vplyv-vijny-na-molod-v-ukrayini/> (дата зверення 01.04.2025).
4. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка). В: (Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., & Зайчикова, Т. В. (Ред.). (2006). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар’єра працівників освітніх організацій: ґендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ: Міленіум.
5. Тест «Стійкість до стресу» В: Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., & Зайчикова, Т. В. (Ред.). (2006). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар’єра працівників освітніх організацій: ґендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ: Міленіум.
6. Методика «Модифікована шкала субєктивного благополуччя БіБіСі» (THE MODIFIED BBC SUBJECTIVE WELL-BEING SCALE (BBC-SWB)) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) (Карамушка, Л. Терещенко, К. & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modifi ed BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». Організаційна психологія. Економічна психологія, 3-4(27), 85-94. [електронний ресурс] URL: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8> (дата звернення 03.04.2025).
7. Опитувальник Brief-COPE, ситуаційна версія Carver et al., адаптація Яблонська Т., Верник О., Гайворонський  Г.[ [електронний ресурс] URL: <https://ru.scribd.com/document/724706120/%D0%9E%D0%BF%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA-Brief-COPE-%D1%83%D0%BA%D1%80-%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BF%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F> (дата зверення 03.04.2025).
8. Craig Grace J., Baucum Don. Human Development. Prentice Hall, 2001. 718 p.

## **НЕЙРОГЕНЕЗ ЯК ОДНА З ЛАНОК ВПЛИВУ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

# **Невмержицька Н.М.**

Д-р філософії, доцент кафедри гістології та ембріології

Кафедра гістології та ембріології, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна

**Актуальність.** Захворюваність і смертність від нейродегенеративних захворювань щорічно зростають серед людей похилого та старечого віку. Зараз в всьому світі більше 55 мільйонів людей страждають на поширене нейродегенеративне захворювання - деменцію, і прогнозується, що до 2050 року кількість людей з деменцією збільшиться до 153 мільйонів [1]. Активація нейрогенезу може дещо призупинити прогресування нейродегенерації, сприяти відновленню втрачених нейронів, в тому числі за рахунок нейропротекторної дії нейротрофічних факторів, що секретують нейрони, і тим самим, підвищують пластичність останніх [1].

**Задача дослідження.** Надати коротку характеристику та значення нейрогенезу при нейродегенеративних захворюваннях.

**Основний матеріал.** Нейрогенез - це процес, в ході якого нейральні стовбурові клітини розмножуються та диференціюються у спеціалізовані клітини мозку (нейрони, астроцити, олігодендроцити тощо) та встановлюють синаптичні зв'язки, поступово мігруючи у функціональні області [1, 2]. Нейрогенез забезпечує пластичність нервової системи і відіграє фундаментальну роль у постнатальном мозку, а порушення нейрогенезу у дорослих сприяє виникненню нейродегенеративних захворювань [2]. Нейродегенеративні захворювання характеризуються не лише загибеллю нейронів [3], але і втратою нейрогенезу нейронами, що вижили [3, 4]. При нейродегенеративних захворюваннях порушення нейрогенезу обумовлено втратою кількості нейральних стовбурових клітин та/або їх активності [5], аномальною морфологією нейронів гіпокампу та змінами в експресії ними маркерів диференціації [6], змінами гомеостазу нейрогенної ніші, зниженням фагоцитарної здатності мікроглії, розвитком астрогліозу та порушенням мікроциркуляції в області гіпокампу [6]. Численні фактори, такі як нейротрофічна підтримка, фармакологічні втручання, вплив навколишнього середовища та терапія стовбуровими клітинами можуть модулювати цей ендогенний процес [4].

Нейрогенез регулюється множинними внутрішніми шляхами (фактори транскрипції, епігенетичний контроль, некодуючі РНК), сигнальними (BMP, Notch, Wnt, EGF та IGF) [7], метаболічними шляхами [2, 7] та зовнішніми факторами (рівень стресу та ступінь фізичної активності, особливості харчування тощо). Основними зонами мозку, де нейрогенез зберігається протягом всього життя є гіпокамп (субгранулярна зона зубчастої звивини) [2] та субвентрикулярна зона [2, 4]. «Джерелом» нейрогенезу у гіпокампі є нейральні стовбурові клітини, які також називаються радіальними гліоподібними клітинами (RGL-radial glia-like cells) та складаються з кількох субпопуляцій клітин з різними властивостями: клітини типу α та клітини типу β [4]. Клітини типу α можуть давати початок нейронам, астроцитам і клітинам типу β, тоді як клітини типу β не проліферують і можуть являти собою проміжний стан у трансформації клітин типу α в астроцити [5]. Після активації цих клітин вони можуть ділитися симетрично, генеруючи додаткові RGL (самооновлення), або асиметрично, виробляючи проліферуючі проміжні клітини-попередники (IPCs-proliferating intermediate progenitor cells). IPC дають початок біполярним нейробластам, а потім незрілим нейронам. Дослідження, проведене на щурах, показало, що половина цих новоутворених нейронів гине до того, як вони зможуть дозріти та стати нейронами гіпокампу [5].

Слід відмітити, що нейрогенез описаний також в інших ділянках головного мозку дорослих ссавців: гіпоталамус, смугасте тіло, чорна субстанція, кора та мигдалеподібне тіло [4]. Частина дослідників припустили, що нейрогенез в даних областях обумовлений ендогенними пулами стовбурових клітин, що розташовані в цих ділянках мозку, інші показали міграцію новоутворених нейронів з субвентрикулярної зони у ці області [4].

**Висновок.** Вплив на різноманітні ланки нейрогенезу та активація останнього у мозку дорослих ссавців може бути перспективною ціллю для потенційно ефективного лікування цілого ряду нейродегенеративних захворювань.

**Ключові слова.** Нейрогенез, деменція, когнітивні розлади, нейродегенерація.

**Список використаних джерел:**

1. Zhao, A., Xu, W., Han, R., Wei, J., Yu, Q., Wang, M.,... & Chi, G. (2024). Role of histone modifications in neurogenesis and neurodegenerative disease development. Ageing Research Reviews, 102324.
2. Niklison-Chirou, M. V., Agostini, M., Amelio, I., & Melino, G. (2020). Regulation of adult neurogenesis in mammalian brain. International Journal of Molecular Sciences, 21(14), 4869.
3. Teli, P., Kale, V., & Vaidya, A. (2022). Mesenchymal stromal cells-derived secretome protects Neuro-2a cells from oxidative stress-induced loss of neurogenesis. Experimental Neurology, 354, 114107.
4. Jurkowski, M. P., Bettio, L., K. Woo, E., Patten, A., Yau, S. Y., & Gil-Mohapel, J. (2020). Beyond the hippocampus and the SVZ: adult neurogenesis throughout the brain. Frontiers in cellular neuroscience, 14, 576444.
5. Culig, L., Chu, X., & Bohr, V. A. (2022). Neurogenesis in aging and age-related neurodegenerative diseases. Ageing research reviews, 78, 101636.
6. Terreros-Roncal, J., Moreno-Jiménez, E. P., Flor-García, M., Rodríguez-Moreno, C. B., Trinchero, M. F., Cafini, F.,... & Llorens-Martín, M. (2021). Impact of neurodegenerative diseases on human adult hippocampal neurogenesis. Science, 374(6571), 1106-1113.
7. Babcock, K. R., Page, J. S., Fallon, J. R., & Webb, A. E. (2021). Adult hippocampal neurogenesis in aging and Alzheimer's disease. Stem cell reports, 16(4), 681-693.

## **РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ ІТ-ПРОФЕСІЙ**

# **Олійник Ю.С.**1**, Вакуленко О.Л.**2

1Магістрантка 2 курсу Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка

2Канд. психол. наук доцент кафедра загальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Вступ.** З огляду на сучасний стан ринку праці в ІТ-секторі, де зростає конкуренція не лише серед компаній, а й серед самих спеціалістів, питання підтримки стабільної професійної мотивації набуває особливої актуальності. У зв’язку з переглядом систем винагород, підвищенням вимог до продуктивності та зменшенням інвестицій у розвиток персоналу, працівники все частіше стикаються зі зниженням рівня внутрішньої мотивації, втратою зацікавленості та професійного запалу. Це напряму впливає на емоційний стан, залученість та готовність залишатися в компанії тривалий час. Водночас для роботодавців стає критично важливим не лише залучити кваліфікованого фахівця, а й підтримувати його мотивацію, створюючи умови для усвідомленого професійного зростання, стабільної залученості та задоволеності від роботи.

Дослідження Д.Сокольницького [1] доводить, що участь майбутніх ІТ-фахівців у психологічних тренінгах значно підвищує рівень їхньої професійної мотивації та сприяє формуванню стійкої орієнтації на самореалізацію в обраній сфері. Водночас, Є.Парасочка доводить, що попереднє вимірювання та аналіз ефективності тренінгу дозволяє оптимізувати HR-процеси в ІТ-компаніях [2]. К.Максимчук звертає увагу на те, що рефлексивні тренінги ефективно знижують рівень емоційного вигорання, підвищуючи внутрішню мотивацію до професійної діяльності [3].

Таким чином, дослідження ролі психологічного тренінгу у формуванні професійної мотивації представників ІТ-професій має високу практичну значущість як для компаній, так і для самих працівників. Ефективно організовані тренінгові програми сприяють зменшенню рівня емоційного вигорання, підвищенню мотиваційної залученості, розвитку особистісної стійкості та збереженню продуктивності команди, особливо в умовах високої динаміки та нестабільності ІТ-сфери. Сьогодні ці питання набувають особливої актуальності для України, адже одним із ключових викликів є повернення ІТ-фахівців, які через повномасштабну війну були змушені виїхати за кордон. У спілкуванні з такими працівниками виявляється, що серед основних демотивуючих чинників виступає не лише зовнішня нестабільність, але й відсутність внутрішньої психологічної підтримки, низький рівень розвитку soft skills та недостатня увага до ментального здоров’я в колективах. Саме тут психологічні тренінги можуть виступати інструментом налагодження позитивного клімату, зміцнення професійної ідентичності та повернення мотиваційного ресурсу ІТ-спеціалістів.

**Постановка задачі.** Об’єктом дослідження є професійна мотивація IT-спеціалістів. Предмет дослідження – роль психологічного тренінгу у формуванні професійної мотивації представників ІТ-професій. Мета дослідження – проаналізувати роль психологічного тренінгу у формуванні професійної мотивації представників ІТ-професій, виявити ключові психологічні механізми, що сприяють розвитку внутрішньої мотивації та прагнення до успіху, а також оцінити ефективність тренінгового впливу як інструменту підвищення професійної залученості, стійкості до стресу та загальної продуктивності ІТ-фахівців.

**Основний матеріал.** Для вивчення впливу психологічного тренінгу на професійну мотивацію було проведено комплексне дослідження в компанії, яка надає освітні послуги та охоплювало команду Engineering. У дослідженні взяли участь 20 працівників ІТ-команди, серед яких 9 були розробниками, 5 – дизайнерами, 4 – тестувальниками і 2 – менеджерами.

Для діагностики мотиваційної структури учасників дослідження були використані три методики, що дозволили отримати комплексне уявлення про професійні мотиви та внутрішні ресурси фахівців.

1. Методика «Діагностика мотивації до успіху» (Т. Елерс) застосовувалась для вивчення прагнення до досягнення високих результатів, орієнтації на самореалізацію та готовності долати труднощі задля досягнення цілей. Респонденти відповідали на 41 твердження, оцінюючи власну схильність до ризику, ставлення до роботи, рівень перфекціонізму та потребу в досягненнях. Ця методика дозволила виявити, наскільки мотивація до успіху є важливою складовою професійного функціонування IT-працівників [4].

2. Методика діагностики мотивації професійної діяльності (К.Замфір у модифікації А.Реана) дозволила оцінити співвідношення між внутрішньою та зовнішньою мотивацією. Зокрема, було проаналізовано такі складові, як прагнення до професійного розвитку, матеріальні стимули, статусні мотиви, потреба в самореалізації. Ця методика дала змогу виокремити профілі мотивації та визначити переважаючі типи стимулювання в учасників до та після тренінгу [4].

3. Опитувальник для дослідження мотивації працівників (О. Кокун) оцінював рівень професійної життєстійкості як чинника, що впливає на здатність підтримувати внутрішню мотивацію в умовах стресу та навантаження. Особлива увага приділялася компонентам: контроль над подіями, залученість у професійну діяльність та орієнтація на виклики. Дослідження життєстійкості дозволило оцінити потенціал працівників до подолання криз і збереження мотиваційного фокусу на досягнення цілей [5].

В основі психологічної тренінгової програми було використано розробку «Професійна мотивація та розвиток IT-фахівців: план на 5 років», що поєднує когнітивно-поведінкові, наративні та рефлексивні підходи. Програма тривала 1,5 місяці та охоплювала команду Engineering. Вона включала дві сесії тренінгів онлайн у форматі Zoom із залученням інтерактивних інструментів, зокрема, роботи в групах, мозкових штурмів, рефлексій, SMART-планування та аналізу цінностей.

Ключовим компонентом тренінгу стало глибинне самодослідження: учасники аналізували поточну професійну ситуацію через вправу «Поточний стан» за 8 сферами життя, формували 100 вдячностей, прописували песимістичний та оптимістичний варіанти життя на 5 років, робили SWOT-аналіз особистості, формулювали мрії, цілі, плани. У другій сесії увага акцентувалася на формуванні реалістичного річного плану дій, зокрема, цілей по SMART, методах постановки пріоритетів (матриця Ейзенхауера) та створенні плану дій на тиждень.

Аналіз результатів до проведення тренінгу виявив такі середні показники: внутрішня мотивація (ВМ) – 4,05, зовнішня позитивна мотивація (ЗПМ) – 3,72, зовнішня негативна мотивація (ЗНМ) – 3,5. Це вказує на помірне домінування внутрішніх мотивів з одночасною присутністю матеріально-кар’єрних стимулів і впливом уникнення негативної оцінки.

Після реалізації тренінгової програми, яка передбачала глибинну роботу з цінностями, цілями, рефлексією життєвого та професійного шляху, було зафіксовано зростання показника внутрішньої мотивації до 4,58, що свідчить про якісне зміцнення орієнтації на самореалізацію та внутрішню залученість. Підвищився і рівень ЗПМ – до 4,07, що демонструє актуалізацію кар’єрної мотивації через усвідомлення перспектив та побудову плану розвитку. Натомість рівень ЗНМ знизився до 3,0, що підтверджує зменшення дії тривожних чинників, пов’язаних із страхом помилок, покарання чи оцінювання з боку керівництва.

Аналіз за професійними групами засвідчив цікаві відмінності: розробники продемонстрували найвищий рівень ВМ, що узгоджується з характером їхньої роботи, орієнтованої на створення, вдосконалення і технічну глибину. Дизайнери виявили найвищу ЗПМ, що може свідчити про їхню чутливість до визнання, схвалення, потребу бути поміченими. Тестувальники показали найвищу ЗНМ, що, ймовірно, зумовлено специфікою їхньої діяльності – пошуком помилок, що потенційно загрожує отриманням критики. Менеджери мали найбільш збалансований мотиваційний профіль, що може свідчити про сформовану зрілу професійну позицію, де поєднуються цілі розвитку, досягнення і відповідальності.

Отримані кількісні результати підтверджують ефективність тренінгового втручання в напрямку посилення внутрішньої мотивації, актуалізації ресурсів, усвідомлення кар’єрних орієнтирів та зниження впливу деструктивних зовнішніх стимулів. Психологічний ефект програми проявився в активізації внутрішніх ресурсів, формуванні бачення майбутнього, актуалізації особистісного потенціалу.

**Висновки.** Проведене дослідження підтвердило важливість психологічного тренінгу як ефективного інструменту у формуванні, розвитку та підтримці професійної мотивації представників ІТ-професій. В умовах високої конкуренції, швидкої зміни технологічного середовища, підвищених вимог до ефективності та одночасного зниження стабільності ринку, ІТ-працівники дедалі частіше стикаються з професійним вигоранням, втратою цілей та внутрішньої зацікавленості у власній діяльності. Саме тому застосування психологічного тренінгу, зокрема рефлексивного, наративного та когнітивно-поведінкового спрямування, стає надзвичайно актуальним та необхідним.

Аналіз результатів емпіричної частини роботи продемонстрував, що навіть короткотривале тренінгове втручання має потенціал значно впливати на мотиваційну структуру працівників. Було зафіксоване зростання рівня внутрішньої мотивації, що є ключовим показником особистої залученості, орієнтації на саморозвиток та професійне зростання. Також спостерігалося посилення зовнішньої позитивної мотивації – прагнення до визнання, досягнення кар’єрних орієнтирів, і водночас – зниження рівня зовнішньої негативної мотивації, яка часто ґрунтується на страху, уникненні критики та залежності від зовнішніх оцінок.

Отримані кількісні дані свідчать про те, що професійна мотивація працівників має багатовимірну структуру, що варіюється залежно від професійної ролі, характеру діяльності та особистісних характеристик. Так, розробники демонструють високий рівень внутрішньої мотивації, що пов’язано з інженерною природою їхньої праці; дизайнери орієнтовані на зовнішню позитивну мотивацію, оскільки їхня діяльність тісно пов’язана із творчістю та визнанням; тестувальники мають підвищений рівень зовнішньої негативної мотивації, що зумовлено критичним характером їхньої роботи. Менеджери ж демонструють збалансовану мотиваційну структуру, що відображає необхідність інтеграції різних типів стимулів у процесі управлінської діяльності.

Особливу цінність має якісна складова тренінгового впливу. Самодослідження, побудова особистої стратегії розвитку, аналіз життєвих та професійних цілей активізували у респондентів рефлексію, дозволили усвідомити бар’єри та обмеження, трансформувати деструктивні переконання та актуалізувати нові орієнтири. Учасники відзначали, що участь у тренінгу не лише покращила їхній емоційний стан, але й сприяла формуванню почуття контролю над життям, появі натхнення та віри у власні можливості.

У контексті українських реалій, де багато ІТ-фахівців опинилися за межами країни внаслідок війни, роль психологічного супроводу та підтримки мотивації є критично важливою. Психологічний тренінг може виступати не лише як засіб підтримання продуктивності на робочому місці, а й як ресурс реінтеграції фахівців, що планують повернутися. Наявність безпечного середовища, якісного зворотного зв’язку, розвитку soft skills та підтримки ментального здоров’я значною мірою визначає бажання працівників залишатися в компанії або ж повернутися до українського ІТ-ринку.

Таким чином, результати дослідження дають підстави стверджувати, що впровадження систематичних психологічних тренінгів у ІТ-компаніях повинно стати не епізодичним заходом, а елементом сталої HR-стратегії. Вони мають потенціал не лише підвищити ефективність працівників, а й зміцнити корпоративну культуру, знизити плинність кадрів, підвищити рівень емоційного благополуччя та стійкості до викликів, що постають у сучасному професійному середовищі.

Отже, психологічний тренінг є не просто інструментом розвитку – це ресурс зміни мислення, поведінки та внутрішньої мотиваційної системи, що має глибоке значення для збереження та розвитку людського капіталу в умовах турбулентного ІТ-ринку.

**Список використаних джерел:**

1. Сокольницький Д. Б. Формування професійної компетентності у майбутніх фахівців з інформаційних технологій / Д. Б. Сокольницький // Наукові праці Національного авіаційного університету. – 2021. – С. 45–52.

2. Парасочка Є. І. Підвищення ефективності діяльності підприємства шляхом цифровізації HR-процесів / Є. І. Парасочка // Економіка і суспільство. – 2022. – Вип. 39. – С. 255–260.

3. Максимчук К. І. Дослідження зв’язку між рефлексією та емоційним вигоранням працівників ІТ / К. І. Максимчук // Психологічні перспективи. – 2021. – Вип. 38. – С. 121–128.

4. Кокун О. М. Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості : метод. рек. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 58 с.

5. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. Психодіагностика лідерських якостей військовослужбовців : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2023. 171 с.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ ДОРОСЛОЇ ОСОБИСТОСТІ**

# **Петрівська Л.М.**1 **, Прокопович Є.М.**2

1Магістрантка 2 курсу Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка

2 Канд. мед. наук, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Вступ.** Сучасна епоха характеризується радикальними змінами у всіх сферах життя – цифровізація, інформаційне перевантаження, зміна ціннісних орієнтацій, соціальна нестабільність та постійні виклики реальності зумовлюють потребу у переосмисленні традиційних уявлень про психологічну зрілість особистості. У цих умовах емоційна зрілість, як інтегративна особистісна якість, що визначає здатність адекватно сприймати, усвідомлювати, регулювати і виражати емоції, виступає як ключовий фактор адаптації, ментального благополуччя і соціальної ефективності.

Незважаючи на зростаючу кількість досліджень з емоційного інтелекту, проблема формування емоційної зрілості у дорослому віці залишається недостатньо висвітленою у науковій літературі. Особливо недослідженим є питання впливу міжпоколіннєвих відмінностей, психоедукаційного досвіду, корпоративної культури, середовища взаємодії та особистісних рис на становлення цієї якості.

**Постановка задачі.** Об’єкт дослідження – феномен емоційної незрілості.

Предмет – психологічні особливості формування емоційної зрілості дорослої особистості.

Мета – визначити залежності між рівнем емоційної зрілості та такими змінними, як вік, поколіннєва приналежність, участь у програмах психоедукації; а також виявити ефективні інструменти розвитку емоційної зрілості у дорослих.

Завдання дослідження:

• проаналізувати сучасні теоретичні концепції емоційної зрілості;

• здійснити емпіричне дослідження зв’язку між віком, поколінням, особистісними рисами та рівнем емоційної зрілості;

• виявити ефективність впровадження психоедукаційних програм (тренінг, онлайн-майндфулнес, ретрит) у формуванні емоційної зрілості дорослої особистості.

**Основний матеріал.**

Дослідження проводилося у два етапи впродовж 2024–2025 рр. на базі АТ «Фармак» (м. Київ). Учасниками стали 63 працівники віком від 25 до 65 років, які були розподілені за поколіннями BB, X, Y, Z. У дослідженні використано валідні психодіагностичні методики:

• TIPI-UKR для визначення особистісних рис (відкритість, сумлінність, екстраверсія, доброзичливість, нейротизм);

• методику О.Я. Чебикіна для вимірювання емоційної зрілості;

• кореляційний аналіз за Пірсоном для виявлення взаємозв’язків між віком, поколінням, особистісними характеристиками та емоційною зрілістю.

Особливістю роботи стало включення трьох дослідницьких груп:

1. Працівники, які проходили щотижневі відеоуроки «ONLINE MINDFULNESS» та брали участь у виїзному ретриті «Ментальна практика усвідомленості».

2. Працівники, які пройшли тренінг «Емоційна зрілість», розроблений авторкою.

3. Контрольна група, яка не піддавалася психоедукації.

Результати свідчать, що емоційна зрілість прямо пов’язана не лише з віком, а й зі свідомим залученням особистості до процесу самопізнання, розвитку рефлексії та емоційної саморегуляції. Найвищі результати виявлено в учасників, які залучалися до психоедукаційних практик таких як ретрит та тренінг. Встановлено, що емоційна зрілість більш тісно корелює з такими рисами, як відкритість до досвіду, сумлінність та низький рівень нейротизму, ніж із хронологічним віком.

Окрему увагу приділено міжпоколіннєвому аналізу: виявлено, що покоління Z за результатами показали вищі показники усвідомлення емоцій, проте поступались старшим поколінням у саморегуляції. Це свідчить про необхідність цілеспрямованого розвитку навичок керування емоціями в умовах сучасного інформаційного перенасичення.

В рамках тренінгу “Емоційної зрілості” розроблено систему практичних рекомендацій для психологів, HR-фахівців та керівників, які впроваджують програми з розвитку емоційної компетентності у дорослих. Вона включає комплекс тренінгових занять, вправи з рефлексії, базові техніки майндфулнес, вправи на розвиток емпатії та вміння виражати емоції екологічно.

Результати дослідження засвідчили позитивну динаміку в розвитку емоційної зрілості серед учасників психоедукаційних програм. Також підтверджено взаємозв’язок між розвитком емоційного інтелекту та показниками емоційної зрілості.

**Висновки.** Емоційна зрілість – не автоматичний наслідок дорослішання, а результат особистісного розвитку, свідомої роботи над собою та впливу соціально-психологічного середовища. Психоедукаційні інтервенції значно підвищують рівень емоційної зрілості та ефективні як у молодших, так і в старших поколіннях. Формування емоційної зрілості є багатофакторним процесом, що залежить не лише від віку, а й від особистісної включеності в роботу над собою. Психоедукаційні програми в корпоративному середовищі можуть бути ефективним інструментом для підвищення емоційної стійкості, соціальної адаптації та внутрішньої зрілості працівників. Поколіннєві відмінності проявляються переважно у формі емоційного реагування та рівні відкритості до психоемоційного досвіду. Комбінація освітніх, терапевтичних і рефлексивних методик (тренінги, майндфулнес, ретрит) забезпечує найвищі результати у розвитку емоційної зрілості.

Практичне значення дослідження полягає у можливості впровадження ефективних програм розвитку емоційної компетентності в організаціях, навчальних закладах та у роботі з клієнтами. Результати дослідження можуть бути використані в HR-практиках, психологічному консультуванні та освітньому середовищі.

**Список використаних джерел:**

1. Гібсон Л.К. Дорослі діти емоційно незрілих батьків: як позбутися емоційних травм дитинства, полюбити себе і налагодити стосунки з батьками / Ліндсі К. Гібсон; пер. з англ. Н. Переверзєвої. - Київ: Видавець ФОП Переверзєва Н.С., 2021. - 236 с.

2. Гібсон Л.К. Вільні діти емоційно незрілих батьків: як взаємодіяти з емоційно незрілими людьми, встановлювати кордони і стати емоційно незалежними / Ліндсі К. Гібсон; пер. з англ. Н. Переверзєвої. - Київ: Видавець ФОП Переверзєва Н.С., 2022. – 248 с.

3. Гоулман Д. Емоційний інтелект / Деніел Гоулман; пер. з англ. С.-Л. Гумецької. - Х. : Віват, 2022. - 512 с.

4. Готман Дж. Емоційний інтелект у дитини / Джон Готтман, Джоан Деклер; пер. з англ. Х. Шиналь. - Х.: Віват, 2024. - 272 с.

5. Чебикін О.Я. Становлення емоційної зрілості в підлітковому та юнацькому віці / Чебикін О.Я., Павлова І.Г. // Наука і освіта. 2005. - С. 180 - 186.

6. Чебикін О.Я., Павлова І.Г. Становлення емоційної зрілості особистості. – Одеса: СВД Черкасов, 2009. – 238с.

## **ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА В ПЕДІАТРІЇ**

# **Петущак М.О.**1, **Каруліна Ю.В.**2

1Студентка 4 курсу, ІІ медичного факультету, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник канд. мед. наук, доцент кафедри педіатрії №2, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Як відомо, органічна патологія верхнього відділу травного каналу наразі є серйозною глобальною проблемою охорони здоров’я. У дітей України 0–17 років включно спостерігається збільшення на 13,6 % показника поширеності хвороб органів травлення, причому найвищі показники характерні саме для дітей шкільного віку. У дитячому віці порушення моторно-евакуаторної функції спостерігаються у 30% хворих з ураженням гастродуоденальної зони, а летальність унаслідок ускладнень гастроезофагеальної рефлюксної хвороби становить 5% [3].

Близько 60% випадків порушення моторики травного каналу діагностують із запізненням і вони часто є комбінованими, що обтяжує перебіг хронічних гастродуоденальних захворювань в дитячому віці [1].

У виникненні порушень моторно-евакуаторної функції верхнього відділу травного каналу, особливо в дитячому віці, значну роль відіграють порушення координаційної функції відділів центральної нервової системи внаслідок впливу на дитячий організм стресових факторів, психічних та фізичних перевантажень, недотримання режиму навчання і відпочинку. Не менш важливе значення в розвитку цих порушень мають аліментарні фактори, такі як низька якість харчування, недотримання режиму споживання їжі, вживання алкоголю в шкільному віці, паління та інші несприятливі фактори.

Фактори розвитку патологічного гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР) у дітей різноманітні. Основними з них є закидання хлорводневої кислоти, пепсину і жовчних кислот із шлунка до стравоходу, спричинене зниженням моторної активності стравоходу і тонусу нижнього стравохідного сфінктеру (НСС). Ослаблення антирефлюксного механізму НСС може бути первинним або вторинним. Вторинна слабкість НСС найчастіше виникає на тлі запалення або інших органічних змін нижче розташованих відділів травного каналу. Унаслідок порушення проходження хімусу через цибулину дванадцятипалої кишки в шлунку накопичується кислий вміст, виникає ГЕР і розвивається езофагіт [4]. Зниження тонусу НСС може виникати в разі застосування різних лікарських препаратів (антихолінергічні засоби, адреноблокатори, теофілін, блокатори кальцієвих каналів, опіати) куріння, вживання алкоголю та деяких харчових продуктів (шоколад, кава, жири та спеції). Одним з факторів виникнення порушень моторно-евакуаторної функції та виникнення запальних змін слизової оболонки верхнього відділу травного каналу є розлади нейрогуморальної регуляції моторики шлунково-кишкового тракту внаслідок впливу психогенного фактору [2]. У дітей, які мають під час війни ПТСР, саме цей фактор є основним у виникненні патології органів травлення.

Варто зазначити, що за Римськими критеріями ІV до класифікації доданий новий офіційний діагноз для хворих з порушеннями цереброваскулярної взаємодії – «рефлюксна гіперчутливість», або «гіперчутливий рефлюкс» [5].

**Актуальність.** Враховуючи зазначені фактори виникнення та особливості перебігу гастроезофагальної рефлюксної хвороби(ГЕРХ)у дітей, в комплексному лікуванні органічної патології верхнього відділу травного каналу є необхідність не тільки у модифікації способу життя та медикаментозному лікуванні, а й в проведенні психотерапевтичної корекції.

**Постановка задачі.** Розглянути клінічний випадок, спираючись на дані анамнезу, об’єктивного обстеження і лабораторних аналізів встановити діагноз і підібрати ефективне лікування, що включатиме як медикаментозне лікування, так і модифікації способу життя і психотерапевтичну корекцію, за ефективністю лікування оцінити доцільність призначених методів і засобів терапії подібних випадках для пацієнтів з ГЕРХ.

*Основний матеріал:*

Дівчина, 14-річного віку звернулася на консультацію до дитячого гастроентеролога із скаргами на періодичний абдомінальний біль зранку до прийому їжі та через 15-20 хвилин після нього, нудоту, печію, відрижку, зниження апетиту, загальну слабкість, порушення сну та емоційну лабільність. Біль у животі помірної інтенсивності, ниючого характеру з локалізацією в надчеревній ділянці та посередині живота, періодично супроводжується нудотою. Інколи буває печія після їжі. Апетит знижений. Дівчина швидко втомлюється при звичному навантаженні, має порушення сну.

З анамнезу відомо, що зазначені прояви спостерігається близько 1 року. Дівчина протягом 1 року разом з батьками знаходилася в Бельгії як ВПО, де виникли скарги. Появу скарг батьки пов’язують зі зміною звичного раціону харчування. У Бельгії звернулись до сімейного лікаря, який діагностував функціональну диспепсію та призначив дротаверин в таблетках, який зі слів батьків не допомагав. Скарги у динаміці посилились та батьки знов разом з дівчиною звернулись до сімейного лікаря, який призначив бускопан, але знову без ефекту. Скарги на біль у животі, печію та нудоту посилились в динаміці. Після повернення в Україну пацієнтка разом з батьками звернулась до дитячого лікаря.

Анамнез життя: дитина від I вагітності без ускладнень, I пологів на 7-му міс. вагітності, народилася передчасно з масою тіла 2000 г. З народження перебувала на штучному вигодовуванні. Прикорм був введений у віці 4 міс. У грудному віці досить часто спостерігалися зригування, кишкові колькитурбували до 6 місяців. Профілактичні щеплення за віком. Перенесені захворювання: кір, вітряна віспа, ГРІ, сальмонельоз у віці 2 роки. Травм та операцій не було. Харчової та медикаментозної алергії немає. Батько дитини страждає на ГЕРХ, асоційовану з H. рylori, у матері – жовчокам’яна хвороба.

Об’єктивне обстеження: ЧСС – 75 за 1 хв, ЧД – 20 за 1 хв, АТ 130/80 мм рт. ст. Шкіра бліда, висипу немає. Слизові оболонки рожевого кольору. Язик обкладений білим нальотом біля кореня. Зуби без патологічних змін. Живіт не збільшений в розмірах, рівномірно бере участь в акті дихання. Пупок втягнутий. Видимої перистальтики кишечнику не спостерігається. Вени передньої стінки живота не розширені. При поверхневій пальпації живіт м’який, болісний в надчеревній ділянці. Глибока пальпація: сигмоподібна кишка пальпується в лівій клубовій ділянці у вигляді циліндричного тяжа діаметром 2см, безболісна, рухома, еластичної консистенції, гладка, не бурчить. Сліпа кишка пальпується в правій клубовій ділянці у вигляді еластичного тяжа діаметром 2 см, безболісна, гладенька, рухома, не бурчить. Висхідна і низхідна ободової кишки пальпуються в правому та лівому бокових відділах відповідно, по зовнішніх краях прямих м‘язів живота; пальпується у вигляді циліндра діаметром 2 см, рухома, не бурчить, безболісна. Поперечно-ободова кишка розміщена на 2 см нижче великої кривизни шлунка у вигляді тяжа діаметром 3см, безболісна, рухома, не бурчить. Печінка не пальпується. Симптоми Кера, Лепіне, Ортнера, Мерфі, Мюссі негативні. Симптом Менделя позитивний. Селезінка, підшлункова залоза і мезентеріальні лімфатичні вузли не пальпуються.

Враховуючи скарги, дані анамнезу та об’єктивного обстеження було запропоновано наступний алгоритм діагностики: загальноклінічні аналізи крові та сечі, біохімічне дослідження крові, УЗО ОЧП, копрологічнедослідження, езофагогастродуоденоскопія, аналіз калу на приховану кров та фекальний антиген H.pylori.

Результати досліджень: результати загального аналізу крові та сечі, біохімічне дослідження крові, копрологічнедослідження – без патологічних змін. УЗО органів черевної порожнини виявили збільшення жовчного міхура (розміри 87,7/20,2 мм). Езофагогастродуоденоскопія ЕФГДС): в стравоході виявлена гіперемована слизова оболонка в дистальному відділі, а також наявна 1 ерозія слизової довжиною до 5 мм, яка не виходить за межі гребеня складки. Верхня межа зони ураження 36 см від різців, хіатус – смикається нещільно. Шлунок - слизова оболонка на фоні гіперемії в антральному відділі (ближче до пілоричного каналу) спостерігаються ерозії овальної форми 0,3-0,4 см.

**Висновки.** Ерозивний рефлюкс-езофагіт, ст. А (Лос-Анджельська класифікація). Ерозивна гастропатія. За результатами дослідження калу на приховану кров та фекальний антиген H. рylori патологічних змін не визначено. Враховуючи скарги, дані анамнезу, об’єктивного обстеження, лабораторних та інструментальних методів дослідження був встановлений клінічний діагноз: Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. Ерозивний рефлюкс-езофагіт, ст. А. Ерозивний гастрит, не асоційований з H.рylori, стадія загострення. Функціональний розлад жовчного міхура.

Були дані наступні рекомендації: змінитиспосіб життя, а саме сон з підвищеним головним кінцем ліжка, уникати здавленняживота та фізичного навантаження на передню черевну стінку, не лягати після їжі. Також було рекомендовано проведення психотерапевтичного лікування. Харчування часто і дрібно невеликими порціями та останній прийом їжі за 3 години до сну. Виключити з раціону харчування кислі та гострі страви та продукти харчування, які впливають на тонус стравохідного сфінктеру (томати, кава, шоколад та ін).

Медикаментозне лікування: домперидон по 1 таб. (10 мг) 3 рази на день за 15 хв. до їжі +омепразол по 1 таб. (20 мг) вранці за 40 хв. до їжі + альгінова кислота по 10 мл суспензії 3 рази на день після їжі 30 днів. Через 30 днів: урсодезоксихолева кислота по 1 таб. (500 мг)на ніч одноразово 30 днів. Після курсу лікування стан дівчини нормалізувався, скарги поступово зникли. Дівчина дотримувалася рекомендацій, комплаєнс лікування можна було визначити як відмінний.

**Висновки.** Даний клінічний випадок демонструє, що при наявності таких скарг (абдомінальний біль, печія, нудота, загальна слабість), даних анамнезу (тривалість скарг та відсутність ефекту від прийому спазмолітичнихпрепаратів), результатів об’єктивного обстеження (біль при пальпації в надчеревній ділянці, позитивний симптом Менделя) є підставою для призначення дитині більш ретельного обстеження (ЕФГДС, обстеження на H.рylori). Результат проведеного обстеження дозволяє лікарю поставити вірний діагноз та призначити ефективне лікування, що в даному клінічному випадку було проведено на фоні заходів з модифікації способу життя. Такий комплексний підхід до корекції цієї патології дитячого віку призвів до досягнення ремісії захворювання та покращення якості життя дитини.

**Список використаних джерел:**

1. Белоусова ОЮ, Павленко НВ, Волошин КВ. та ін. Дитину турбує печія: сучасні погляди на проблему і можливості немедикаментозної підтримки. Здоров’я дитини. 2024;4:199-207. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0551.19.4.2024.1706>
2. Jones MP, Faresjö Å, Beath A, Faresjö T, Ludvigsson J. Abdominal Pain in Children Develops With Age and Increases With Psychosocial Factors. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(2):360–367.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.04.036>
3. Karulina YV, Shevtsova TI. Treatment of Motor Function Disorders of the Upper Digestive Tract in Children with Autonomic Dysfunction. Child’s health. 2024; 1:11-16.https://[doi.org/10.22141/2224-0551.19.1.2024.1664](https://doi.org/10.22141/2224-0551.19.1.2024.1664)
4. Koloski NA, Jones M, Walker MM, Holtmann G, Talley NJ. Functional dyspepsia is associated with lower exercise levels: A population-based study. United European Gastroenterol J. 2020;8(5):577–583. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050640620916680>
5. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99–114.e3. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>

## **PORK-CAT SYNDROME В ПЕДІАТРИЧНІЙ АЛЕРГОЛОГІЇ: КЛІНІЧНИЙ КЕЙС**

# **Пилипко К.І.1**, **Кривопустова М.В.**2

1Студентка 5-го курсу медичного факультету №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2PhD, асистент кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Актуальність.** У сучасності все більшої значимості набувають алергії у повсякденному житті. За світовими даними у 2021 році 27,2% дітей мали один або декілька алергічних станів і з кожним роком це число зростає [1]. Все частіше в клінічній практиці лікарі мають справу з перехресними алергічними реакціями. Однією з таких перехресних реакцій у пацієнтів з алергією на котів є pork-cat syndrome [2]. Pork-cat syndrome вперше ідентифікований у 1994 році. Вважається, що від 14% до 23% осіб з алергією на кішок мають специфічний IgE до Fel d 2, і серед них приблизно у 1-3% можуть розвинутися клінічні симптоми після вживання свинини [3].

Перехресна реактивність сироваткового альбуміну є ключовою ознакою синдрому pork-cat syndrome, де первинна сенсибілізація до котячого сироваткового альбуміну, також відомого як Fel d 2, призводить до алергічних реакцій при вживанні продуктів зі свинини, що містять свинячий сироватковий альбумін, тобто – Sus s 1 [4]. Ця сенсибілізація переважно виникає через вдихання котячої шерсті, що підкреслює складну взаємодію між інгаляційною та харчовою алергією. Дослідження молекулярної біології виявили ключові епітопи, залучені в алергенність цих білків, показуючи значну консервативність між видами.

Сироваткові альбуміни, як правило, вважаються термолабільними, і тому частота та тяжкість реакцій, ймовірно, зменшуються при споживанні добре проварених продуктів тваринного походження. Клінічні прояви цього синдрому варіюються від легких алергічних реакцій, таких як кропив’янка та ангіоневротичний набряк, до більш важких станів, таких як анафілаксія. Симптоми з’являються швидко, що відрізняє цей синдром від інших форм сповільненої алергії на м’ясо, як синдром Alpha-Gal [5].

Особливість діагностики даного синдрому полягає у ретельному зборі клінічних даних та анамнезу, проведення шкірних прік-тестів, визначення специфічних IgE до екстрактів алергенів кота та свинини. Молекулярна діагностика відіграє ключову роль, виявляючи специфічний IgE до Fel d 2 як маркер потенційної перехресної реактивності зі свининою, а також для Sus s 1, але менш значущою для діагностики даного синдрому є й елімінаційна дієта, а саме виключення з раціону харчування погано термічно обробленої свинини [6].

**Мета роботи.** Демонстрація клінічного випадку pork-cat syndrome у дитини з рецидивуючою кропив’янкою з обговоренням особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування.

**Клінічний випадок.** Хлопчик 13 років, народився від 1 вагітності, 1 фізіологічних пологів. Мав прояви атопічного дерматиту та харчової алергії на молоко до 3 років.

За останній рік батьки відмічають 4 епізоди генералізованої кропив'янки та задишки після інтенсивних фізичних вправ, а саме бігу або гри у футбол. Алергічні симптоми з'являються приблизно через 10 хвилин інтенсивних вправ, а також пов’язані в часі з вживанням їжі. Останній епізод ангіоневротичного набряку пов'язаний із вживанням недосмаженого шашлику зі свинини.

З анамнезу відомо, що дитина має прояви цілорічного алергічного риніту. Вдома мешкає кіт. При проведенні шкірних прик-тестів з екстрактами алергенів виявлено позитивний результат з алергенами кота (+++).

З метою уточнення молекулярного профілю сенсибілізації хлопчику було проведено багатокомпонентну молекулярну алергодіагностику - тест ALEX (Macro Array Diagnostics GmbH, Австрія): кіт Fel d 1 (утероглобін) – 50 kUA/L, Fel d 2 (сироватковий альбумін) – 3,78 kUA/L, Fel d 4 (ліпокалін) – 45,64 kUA/L, Fel d 7 (ліпокалін) – 50 kUA/L, свинина Sus d 1(сироватковий альбумін) – 1,60 kUA/L.

Перед кожним випадком кропив’янки та задишки дитина вживала страви зі свинини:сиро-в’ялену ковбасу, хамон, страви з вареної свинини. Фізичні навантаження виступали в ролі кофакторів для розвитку симптомів алергії.

**Висновки.** Синдром pork-cat демонструє складний взаємозв’язок між харчовими та інгаляційними алергенами, що вимагає детального алергологічного обстеження для точної діагностики та вибору ефективного лікування. Дослідження клінічних випадків у поєднанні з досягненнями в молекулярній діагностиці підкреслюють необхідність комплексного підходу, що базується на аналізі молекулярних компонентів та їх клінічних проявів.

Впровадження молекулярних методів діагностики значно покращує точність визначення сенсибілізації до алергенів, що дозволяє розробляти персоналізовані стратегії лікування та ефективно запобігати розвитку алергічних реакцій.

Ретельне дослідження молекулярних механізмів і клінічних особливостей синдрому дає змогу покращити результати лікування та якість життя пацієнтів. Подальші наукові дослідження необхідні для глибшого розуміння механізмів перехресної алергії між різними видами алергенів і розробки нових терапевтичних підходів, що можуть відкрити перспективи в лікуванні цього синдрому.

**Ключові слова:** харчова алергія, кропив’янка, алергія, рork-cat syndrome.

**Список використаних джерел:**

1. Centers for Disease Control and Prevention (2023, January 25). Products - data briefs - number 461 - January 2023. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db459.htm#:~:text=In%202021%2C%2027.2%25%20of%20all,and%20food%20allergies%20(5.8%25)>
2. Popescu FD, Ganea CS, Panaitescu C, Vieru M. Molecular diagnosis in cat allergy. World J Methodol. 2021;11(3):46-60. Published 2021 May 20. doi:10.5662/wjm.v11.i3.46
3. Indolfi C, Frattolillo V, Mondillo G, Perrotta A, Colosimo S, Decimo F, Miraglia del Giudice M. Cross-Reactions and Biomedical Innovations: Challenges and Prospects in Managing Pork-Cat Syndrome. Italian Journal of Pediatric Allergy and Immunology. 2024;38(3). https://doi.org/10.53151/2531-3916/2024-563
4. Commins SP. Allergy to meats. UpToDate. 2021. <https://nordocs.org.au/documents/presentations/2021/mma/resources/Patient%20care%20and%20testing/Allergy%20to%20meats%20-%20UpToDate.pdf>
5. Kim C, Kim SW, Hwang YH. Recurrent urticaria caused by specific cat serum albumin IgE cross-reacting with pork serum albumin. Clin Exp Pediatr. 2020;63(11):451-453. doi:10.3345/cep.2019.01725
6. Shiratsuki R, Chinuki Y, Fukushiro S, Morita E. A Case of Pork-cat Syndrome That Developed as Food-dependent Exercise-induced Anaphylaxis. Acta Derm Venereol. 2020;100(15):adv00233. Published 2020 Aug 17. doi:10.2340/00015555-3584

## **ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ МОЛОДІ: ЯК ЗБЕРІГАТИ СПОКІЙ І МОТИВАЦІЮ В УМОВАХ СТРЕСУ**

# **Родзяк Д.Д.**1, **Виговська О.В.**2

1Студентка 1 курсу медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Докторка медичних наук, професорка, деканка медичного факультету №3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

[darynarodzyak@gmail.com](mailto:darynarodzyak@gmail.com)

**Актуальність.** Психічна складова є невід’ємною частиною загального здоров’я та благополуччя людини. У стресових умовах усі ризикують стикнутися з психологічними проблемами, які в довгостроковій перспективі можуть впливати на психічне функціонування індивіда. Молодь є дуже вразливою групою, тому важливо попіклуватися про її психічне здоров’я, адже це гарант щасливого майбутнього нашої країни.

**Ціль:** теоретично та емпірично дослідити психічний стан української молоді. Розробити практичні рекомендації та способи самодопомоги у стресових умовах.

**Матеріали та методи.** Було проведено анкетування за допомогою Google Forms, у якому взяли участь 103 респонденти жіночої та чоловічої статі віком 17-24 роки. Участь в опитуванні була анонімною та добровільною. Перед проходженням респонденти отримали інформацію про мету опитування. Для дослідження було використано 2 методики: українськомовні версії Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) Ш. Коена та Шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10). Статистична обробка даних була здійснена за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона.

**Результати.** Коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнював 0,911399, що свідчить про дуже сильний позитивний лінійний зв’язок між сприйнятим стресом і рівнем стресостійкості. Це вказує на те, що люди, які відчувають більше стресу, одночасно демонструють вищу стресостійкість, можливо, як адаптивну реакцію.

**Висновок.** Психічне благополуччя – це не чарівна пігулка, не коштовність, не спринт і не просто тренд. Насправді це довгий і складний шлях, наполегливість і дисципліна, невтомна робота над собою і своїми звичками, вміння зазирнути своїм страхам в очі та щире бажання зробити своє життя якісним і щасливим.

**Ключові слова:** психічне здоров’я, молодь, стрес, взаємозв’язок «стрес-стресостійкість», самодопомога, психологічна підтримка, психологія, психіатрія, війна, Україна.

**Абревіатури:** WHO – World Health Organisation, HAI – human-animal interaction, HPA - hypothalamic-pituitary-adrenal (axis).

**Актуальність.** Тема психічного здоров’я як ніколи актуальна для українців зараз. Пандемія COVID-19, яка призвела до соціальної ізоляції та проблем з фізичним здоров’ям, повномасштабне вторгнення країни-агресора в Україну, що вже 3 роки змушує українців перебувати в умовах постійного дискомфорту, страху та тривоги, стрімкий розвиток цифрових технологій, що не завжди відповідає обізнаності користувачів, а також проблеми особистого характеру, які завжди були, є та будуть в людини – це лише невелика частина чинників, що впливають на психічне здоров’я населення нашої країни останнє десятиріччя. 9,6 мільйонів людей в Україні мають ризик психічного розладу або живуть із ним, з яких 3,9 мільйони страждають від середніх до важких симптомів [20]. Унікальність дослідження полягає в тому, що проблема стресу в умовах війни розглядається під кутом, що стрес виробляє у молоді стресостійкість, а також допомагає знаходити нові копінг-механізми.

**Ціль:** проаналізувати психічний стан студентської молоді України. Оцінити взаємозв’язок між рівнем сприйнятого стресу та стресостійкістю. Розглянути методики самопідтримки, а також виокремити рекомендації задля збереження спокою та мотивації в умовах стресу.

**Матеріали та методи.** У ході дослідження було проведено опитування серед української студентської молоді з різних куточків України, респондентами якого стали 103 особи. За допомогою українськомових версій Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) Ш. Коена та Шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) вдалося оцінити психічний стан студентства. Опитування було здійснено у застосунку Google Forms (Копія – див. Додаток 1). Анкетування було поширене через соцмережі та месенджери. Опитування містило 22 запитання: 20 з них – з одним варіантом відповіді, 1 – з декількома варіантами відповіді і можливістю відкритої відповіді та 1 – з відкритою відповіддю. Перший розділ анкетування містив запитання Шкали сприйнятого стресу Ш. Коена, другий – запитання Шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10, третій – відкриті запитання. Участь у ньому була добровільною та анонімною, а учасники отримали вичерпну інформацію про мету опитування. Статистичну обробку даних вдалося здійснити завдяки коефіцієнту кореляції Пірсона. Окрім того, проаналізовано уже наявні дослідження, пов’язані з цією темою.

**Результати та їх обговорення.** За допомогою методу кореляції Пірсона вдалося провести аналіз залежності стресостійкості від стресу. Коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнював 0,911399. Цей показник свідчить про дуже сильний позитивний лінійний зв’язок між сприйнятим стресом і рівнем стресостійкості. Значення 0,911399 дуже близьке до 1, а це означає, що майже 83% (0,911399² ≈ 0,83) варіації однієї змінної можна пояснити змінами в іншій. Оскільки коефіцієнт позитивний, це означає, що при збільшенні одного показника спостерігається пропорційне збільшення іншого показника. Це може вказувати на те, що люди, які відчувають більше стресу, одночасно демонструють вищу стресостійкість (можливо, як адаптивну реакцію).

У запитанні з декількома варіантами «Що змушувало Вас стресувати протягом останнього місяця найбільше?» 68% респондентів обрали відповідь «навчання/робота», 61,2% - відчуття невизначеності щодо майбутнього і 53,4% - «повномасштабна війна» (інші відповіді - див. у Додатку 2).

Оскільки опитування проводилося саме серед молоді (59,2% віком 18-20 років), найбільшу кількість відповідей отримав саме варіант «навчання/робота». Молодь перебуває у віці, коли навчання та робота є одними з основних джерел стресу через високе навантаження, потребу сепаруватися від батьків, необхідність досягати певних результатів та брати на себе відповідальність за своє майбутнє. З цього чинника випливає інший – невизначеність щодо майбутнього. Серед молоді у періоді навчання доволі часто виникають думки про правильність вибору, майбутнє місце роботи, професійне життя. Попри серйозність і травматичність фактору війни, вона має менш очевидний стресовий вплив на молодь у порівнянні з особистими викликами. Безумовно це не говорить про те, що вона є неважливим фактором. Це швидше можна пояснити тим, що в умовах тривалої війни молодь може з часом пристосовуватись до цього і сприймати це як частину зовнішнього фону. Також концентрація на навчанні може дозволити відчувати контроль, адже навчання і робота безпосередньо впливають на буденність та плани кожної людини, отже можуть бути одним із копінг-механізмів.

Ще однією з цілей нашого дослідження було дізнатися про особистий досвід студентів та розглянути його з точки зору наявних наукових досліджень, оскільки всі люди мають однакову природу і механізми самозахисту в багатьох можуть бути подібними.

Зі 100 наданих респондентами відповідей (3 інші відповіді до цього запитання не враховувались, адже вони були позначені символом «-») на запитання «Що, на Вашу думку, допомагає Вам зберігати спокій та мотивацію в стресових умовах?» 34% зазначили, що зі стресом їм допомагає впоратися оточення. А саме: друзі та близькі, сім’я та родина, партнер і навіть домашні улюбленці. Цей показник є найвищим за частотою серед відповідей. Отже, з цього можна зробити висновок, що людина – це соціальна істота, а соціальні взаємодії є фундаментом для нашого існування. Про це також свідчать безліч досліджень.

**Нейронні основи соціальної поведінки.** Людський мозок має спеціалізовані структури, які полегшують соціальне пізнання та поведінку. Основні ділянки містять мигдалину, вентромедіальну лобову кору та праву соматосенсорну пов'язану кору, які опосередковують сприйняття соціально релевантних подразників та виявлення відповідної соціальної поведінки [2]. Менталізуюча мережа, яка має вирішальне значення для розуміння намірів та почуттів інших, відіграє значну роль у розрізненні між соціальним спостереженням та взаємодією [16]. Крім того, медіальна префронтальна кора (mPFC) бере участь у репрезентації себе та інших, що відображає ступінь соціального зв'язку та самотності [8].

**Генетичний вплив на соціальну поведінку.** Генетичні фактори істотно впливають на соціальну поведінку людини. Дослідження виявили такі гени, як рецептор аргініну вазопресину та рецептор окситоцину, які беруть участь у соціальній поведінці різних видів, включаючи людей [10]. Інші гени, пов’язані з дофаміновими шляхами винагороди та серотонінергічною емоційною регуляцією, також відіграють певну роль у забезпеченні складної соціальної поведінки [10].

**Еволюційна перспектива.** Еволюція соціальної поведінки людини відзначається розвитком різних типів соціальних відносин, таких як зв’язок між батьками та дитиною, зв’язок у парі та соціальна взаємодія між неродинними людьми. Ці стосунки еволюціонували незалежно в усьому тваринному світі, причому люди демонстрували унікальну соціальну поведінку, яку поділяють з іншими приматами [11]. Здатність до соціальної взаємодії є ключовою адаптивною рисою, яка сприяла розвитку мови, науки та технологій [11].

**Філософські та онтологічні міркування.** З філософської точки зору, люди розглядаються як соціальні істоти, які за своєю природою пов’язані з іншими і зв’язані з соціальними нормами та обов’язками [14]. Концепція людей як соціальних сутностей також досліджується через призму соціальної онтології, наголошуючи на необхідності мови та спільноти для розвитку надійної перспективи від першої особи [4].

**Важливість соціальних зв'язків.** Соціальний зв’язок має вирішальне значення для добробуту людини, впливаючи як на психологічні, так і на нервові процеси. Соціальний мозок організовує уявлення про інших на основі їх близькості до нашої ідентичності, а самотність впливає на нейронне відображення цих відносин [8]. Це підкреслює важливість соціальних зв’язків для психічного здоров’я та потенційний вплив соціальної роз’єднаності.

**Психологічні переваги взаємодії людини з твариною.** Якщо розглядати взаємодію людей та тварин, варто зазначити, що це дійсно має вплив на психічний стан людини. За даними досліджень взаємодія людини з твариною (HAI) має значний позитивний вплив на психологічне благополуччя людини. Ця взаємодія може зменшити стрес, тривогу та депресію, одночасно сприяючи позитивним емоціям та соціальним зв'язкам [12], [3], [6]. Присутність тварин також може збільшити відчуття соціальної підтримки та зменшити почуття ізоляції [6].

**Механізми взаємодії людини з твариною.** Дослідження показують, що HAI може призвести до зміни активності мозку та рівня нейромедіаторів, які пов’язані зі зниженням стресу та відповідають за емоційний зв’язок, а саме: окситоцин, вазопресин та дофамін [12], [21], [6].

Нейровізуалізаційні дослідження показали, що і люди, і тварини мають однакові нейробіологічні субстрати для емоцій, що свідчить про спільну еволюційну основу емоційних переваг HAI.

Отже, зважаючи на висновки вищеперерахованих досліджень, соціальна поведінка людини є складною взаємодією нервових, генетичних, еволюційних і психологічних процесів. Розуміння цих складових дає цінну інформацію про природу людських взаємодій і важливість соціальних зв’язків для загального благополуччя людини.

Також 8% наданих респондентами відповідей згадували саме музику. Цей аспект також має наукове підґрунтя.

**Психологічні та фізіологічні переваги прослуховування музики.** Результати дослідження про відношення музичної регуляції настрою до психопатології показали, що музика може діяти на нашу психіку різним чином. Широке використання стратегії регулювання настрою Discharge (вивільнення негативних емоцій через музику) передбачало високий рівень депресії, тривоги та стресу. Diversion (відволікання від переживань і стресу) передбачало високий рівень тривоги і стресу. Entertainment (підтримка та покращення гарного настрою) передбачили низький рівень депресії. Результати показують, що регуляція настрою, пов’язана з музикою, може виконувати дезадаптивну функцію у деяких людей, що сприяє розвитку психопатології. Однак, однаково вірогідно, що молоді люди, які страждають на психопатологію, більш схильні використовувати музику, щоб зменшити свої симптоми. Підлітки та молодь використовують музику як джерело розради, особливо завдяки звучанню та стилю, особистому сенсу в текстах і близькості до артистів та інших слухачів [19]. Також існує таке поняття, як музикотерапія. Музикотерапія не настільки популярна в Україні, як, наприклад, КПТ, КІП та інші, проте вона допомагає молоді, яка пережила травму. Варто зазначити, що музична терапія входить до переліку методів психотерапії з доведеною ефективністю в Україні і застосовується для депресивного епізоду, дистимії, інших тривожних розладів, розладів зрілої особистості та поведінкових розладів, дитячого аутизму, реакцій на тяжкий стрес та розладів адаптації, складних життєвих обставин (СЖО) та інших проблем психічного здоров’я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів [15].

**Механізм дії музики.** З нейробіологічної точки зору музика може стимулювати нейрогенез та нейропластичність, покращуючи відновлення мозку та нормалізуючи реакції на стрес. Це може зменшити активність мигдалини, покращити гіпокамп та префронтальну функцію мозку та збалансувати HPA-вісь, що корисно для управління стресом [13]. Також музика допомагає в емоційній регуляції, яка може зменшити симптоми депресії та тривоги, сприяючи загальному зниженню стресу [13], [5].

Попри те, що для повного розуміння такого впливу потрібні додаткові дослідження, музика залишається хорошим інструментом для управління стресом.

Узагальнюючи, відповіді до цього запитання були дуже багатогранними та торкалися багатьох аспектів життя. Проте не всі з них можна вважати хорошими стратегіями для долання стресу. Наприклад, паління та вживання алкоголю. Безліч клінічних досліджень продемонстрували сильний зв’язок між вживанням тютюну та наявністю розладів, пов'язаних з настроєм та тривогою. Деякі курці та медичні працівники вважають, що куріння може зменшити стрес та інші симптоми, пов'язані з психічними захворюваннями, і ці переконання підтримують культуру куріння в умовах психічного здоров'я (Cookson 2014; Sheals 2016). Однак дослідження виявили зв'язок між відмовою від куріння та поліпшенням психічного здоров'я, які були рівними або більшими, ніж ефект прийому антидепресантів (Taylor 2014). Хронічне куріння тютюну пов'язане з нейроадаптаціями в нікотинових шляхах мозку. Нейроадаптація в цих шляхах пов'язана з виникненням симптомів відміни, таких як пригнічений настрій, збудження та тривога. Симптоми абстиненції полегшуються курінням і залишаються полегшеними незабаром після куріння, але симптоми повертаються, коли рівень нікотину в крові знижується приблизно через 20 хвилин після куріння (Benowitz 1990; Benowitz 2010; Mansvelder 2002); це відомо як цикл абстиненції і характеризується коливаннями психологічного стану курця протягом дня (Benowitz 2010; Parrott 2003). Тому курці та некурці однаково помилково приймають здатність тютюну полегшувати вилучення тютюну за здатність полегшити симптоми, пов'язані з психічним здоров'ям [17].

Також наведемо приклад одного з досліджень щодо впливу алкоголю на успішність та психічне здоров’я студентів. За його результатами значна частка учасників (44%) повідомила про вживання алкоголю на небезпечному або шкідливому рівні. Аналіз множинної логістичної регресії показав, що студенти, які вживали алкоголь на небезпечних рівнях, в 1,2 рази частіше повідомляли про психологічні страждання, ніж ті, хто мав нижчий рівень споживання алкоголю (aOR 1,2, 95% CI: 1,1–1,5). Крім того, запізнення на заняття (aOR 1,7, 95% CI: 1,1–2,4), відсутність занять (aOR = 2,6, 95% CI: 1,9–2,6), нездатність зосередитися на занятті (aOR = 2,6, 95% CI: 1,9–3,4) та нездатність виконувати завдання (aOR = 3,5, 95% CI 2,0–6,0) незалежно прогнозується для помірного або небезпечного споживання алкоголю [18].

Також стоїть питання підтримки мотивації в стресових умовах. Домінуючою культурною оцінкою стресу є те, що він "поганий для мене". Ця оцінка призводить до регуляторних цілей щодо зменшення або уникнення стресу. Оптимізація стресу, що об'єднує стресове мислення та переоцінку стресу, зміщує фокус від зниження стресу до оптимізації реакції на стрес для досягнення цінних цілей. Маючи на увазі цю мету оптимізації, людям пропонується гнучко визначати, вибирати та брати участь у конкретній тактиці регулювання (наприклад, вибір ситуації, контроль уваги, когнітивні зміни та модуляція відповіді) способами, які допомагають їм досягти цінних цілей, на відміну від простого скорочення або уникнення стресового досвіду [9].

Неабияку роль у відчутті мотивації та досягненні мети відіграють саме наші звички. Розглянемо механізм формування звичок на основі книги «Атомні звички» Джеймса Кліра. Звичка – це дія, яку ми робимо регулярно і навіть не замислюємося над нею. Зверніть увагу, як ви чистите зуби, – завжди починаєте з однієї й тієї ж сторони, однакові рухи. Вам для цього не потрібно думати, бо це звичка. Так само, коли берете в руки телефон, щоби вимкнути будильник, і автоматично заходите в інстаграм чи фейсбук, – це теж звичка, але не така хороша, як попередня. Джеймс Клір виділив чотири елементи для кожної звички: стимул, бажання, реакція, нагорода.

Чому найперше, що ми робимо вранці, це тягнемося за телефоном? Бо він біля ліжка. А спробуйте ввечері залишити його в іншій кімнаті – тоді значно менше часу проведете за скролінгом у ліжку. А чому так рідко вдається потренуватися удома? Мабуть тому, що килимок для занять ховається десь за шафою. Стимул до дії, яку ви хочете зробити регулярною, має бути десь на видноті. Щоби ви ловили його поглядом настільки часто, наскільки часто хочете виконувати цю дію. І навпаки, якщо хочете позбутися поганої звички, приберіть зі свого оточення відповідні стимули. Якщо ваша ціль – пити більше води, то пляшка з водою має стояти там, де ви проводите найбільше часу, наприклад, біля комп’ютера. А коли йдете на прогулянку, можете нести пляшку в руці. Вам гарантовано постійно хотітиметься пити. Якщо прагнете почати фіксувати свої витрати і вести особистий бюджет – закріпіть відповідний застосунок на головному екрані смартфона. Хочете кинути палити – попросіть знайомих не палити у вашій присутності та не запрошувати вас на “перекур”. Легше уникати стимулів, ніж намагатися протистояти їм.

Дофамін, який часто називають гормоном задоволення, виділяється не лише в момент виконання якоїсь приємної дії, а й під час підготовки до неї. Тільки згадайте, скільки радості приносить планування подорожі, чи з якою насолодою ви гортаєте сторінки інтернет-магазинів. Але зі звичками це не завжди працює. Важко мотивувати себе на домашнє тренування, бо наш мозок не сприймає це за насолоду. А що як поєднати це з чимось приємним? Наприклад, переглядом улюбленого телешоу, на яке завжди бракує часу. Таким чином, ви з нетерпінням чекатимете на тренування, бо тільки під час нього можете глянути нову серію. Однак якщо ви шість днів на тиждень дивитеся серіал у ліжку, а на сьомий вмикаєте його під час тренування, це не спрацює. Щоб обманути мозок, доведеться регулярно жертвувати затишною ковдрочкою під час перегляду телешоу. Якщо на роботі п’єте забагато кави, подумайте, в яких умовах це відбувається. Скоріше за все, ви прямуєте до кавомашини за компанію з колегами. Ви отримуєте задоволення від спілкування з ними, а не від чашки кави. Спробуйте розірвати асоціативний ланцюжок кава = спілкування, адже ви так само можете піти з колегами на кухню, прихопивши яблуко.

Часто ми відкладаємо виконання певної дії, бо вона нам здається складною та тривалою. І тут є один лайфхак: виконуйте ту дію, яку хочете зробити своєю звичкою, протягом двох хвилин. Усього двох. Дві хвилини на домашнє тренування – це мізерно мало, на перший погляд, але набагато краще, ніж нуль хвилин. Коли почнете і позаймаєтеся дві хвилини – можете продовжити, якщо буде бажання. Але не змушуйте себе, адже ви виконали свій план на щодень. Зазвичай найважче саме почати, і коли цей крок зроблено, вірогідно, захочете продовжити. Розбивайте звичку на найдрібніші компоненти і працюйте над ними поступово.

Якщо наприкінці дії ми отримуємо винагороду – нам хочеться повторити цю дію. І навпаки, покарання після дії змушує нас уникати її повторення. До того ж, негайна винагорода здається нам більш привабливою, ніж якесь віддалене в часі досягнення. Уявіть, що хочете щодня присвячувати півгодини англійській. Ваша винагорода – за рік зможете порозумітися з людьми в подорожі. Але ще є альтернатива: можете сісти і провести ці півгодини за комп’ютерною грою. Мозок хоче другий варіант, адже це миттєва приємність для нього, а комунікація англійською в подорожі така далека. Як зробити так, аби мозок хотів отримати винагороду за рутинні заняття англійською? Чудовий приклад – додатки для вивчення іноземних мов, які працюють за принципом гейміфікації. Найуспішніші з них змушують учня повірити в те, що його навчання – гра – з квестами, балами, можливістю витрачати зароблені бали в додатку, рейтингом кращих гравців тощо. І що важливо, такі додатки мотивують учня не пропускати уроки. Адже кожен пропущений день навчання змушує починати все спочатку. А чим вищий рейтинг, тим менше хочеться його втратити [7].

**Висновки.** Психічне благополуччя – це не чарівна пігулка, не коштовність, не спринт і не просто тренд. Насправді це довгий і складний шлях, наполегливість і дисципліна, невтомна робота над собою і своїми звичками, вміння зазирнути своїм страхам в очі та щире бажання зробити своє життя якісним і щасливим.

«Усе геніальне – просте». Саме цей вислів чудово характеризує буденні речі, які насправді відіграють неабияку роль у підтримці психічного стану кожної людини. Навіть згадавши тривіальну піраміду потреб Абрагама Маслоу, можна помітити, що в основі – фізіологічні потреби. Сон, збалансоване харчування, достатня кількість води, відчуття захищеності, якісний відпочинок, сексуальні потреби – усе це необхідні для виживання потреби, без яких неможливо переслідувати ту чи інакшу мету. Також не варто забувати, що потреба в безпеці є не лише фізичною, а й психологічною. Далі, рухаючись по ієрархії, згадуємо, що людина – це соціальна істота, отже в неї є потреба комунікувати, бути частиною суспільства, кохати та бути коханою. Залежно від задоволення базових та соціальних потреб, у людини виробляється впевненість, самоповага, і бажання визнання від інших. Ця ланка є потужним заохоченням до досягнень, оскільки вона тісно пов’язана з конкуренцією між людьми – і це природньо та нормально. Коли ж людина матеріально досягає багато, у неї виникає потреба у творчому самовираженні, пошуку балансу у власному житті, а також з’являються роздуми духовного характеру, фігурує проблема моральності. Ці потреби, як правило, найважче задовольнити, проте досягнувши цього рівня, людина більше не відчуватиме бажання справити враження чи заробити великі статки, а задоволення від результату перетвориться на задоволення від процесу. Безумовно зовсім не обов’язково сприймати це як жорсткі шаблони. Тим не менш, вони мають певну логіку та наукове обґрунтування.

І найважливіший висновок, який варто винести – це не соромитися та не боятися звертатися до близьких або фахівців, адже просити про допомогу – це не про слабкість, а про сміливість та силу.

**References:**

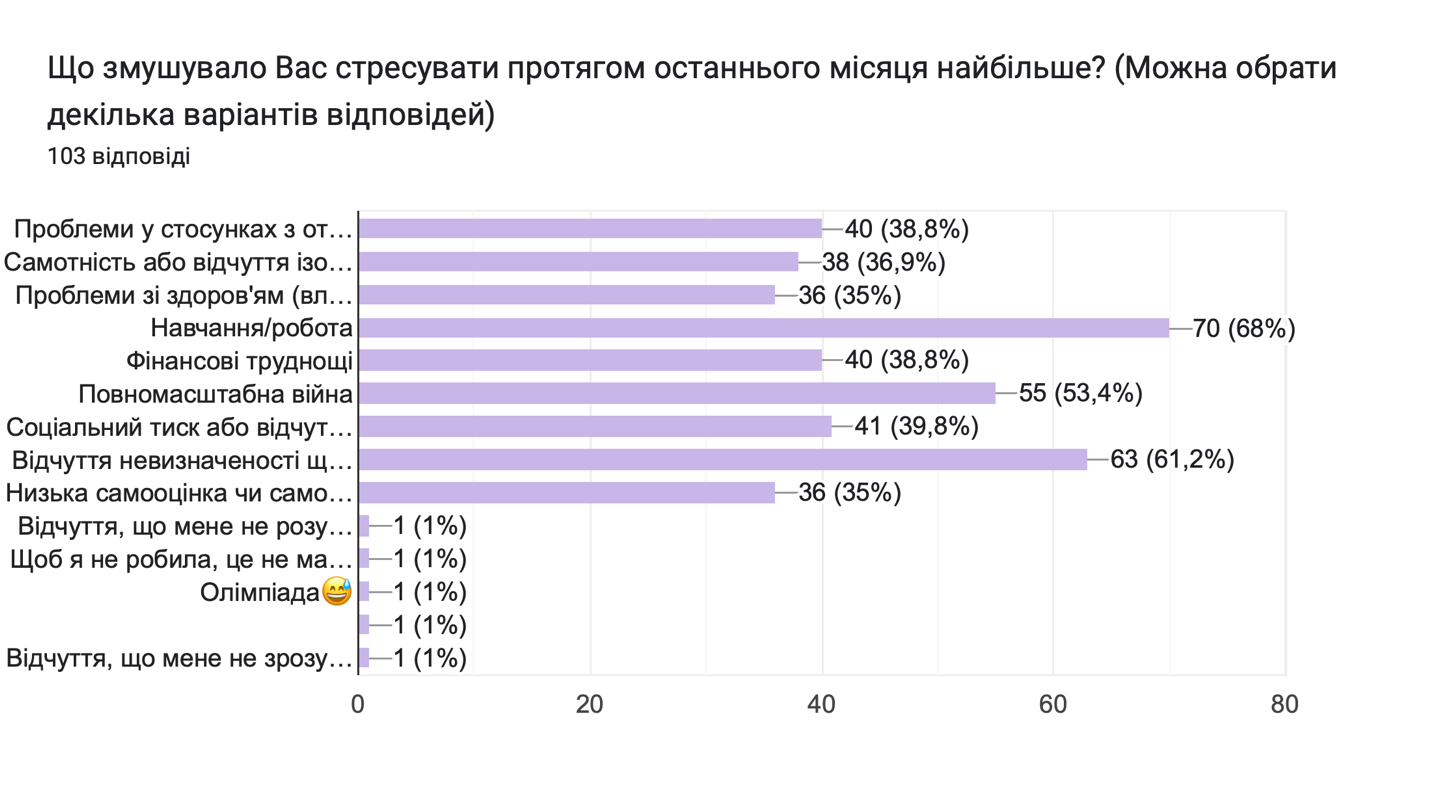
1. Добродій. Психологічна підтримка. Чат-Бот телеграм. Доступний за посиланням: https://t.me/DobrodiyBot.
2. Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. Trends in Cognitive Sciences, 3, 469-479. https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01399-6.
3. Amiot, C., & Bastian, B. (2023). What is Beneficial in Our Relationships with Pets? Exploring the Psychological Factors Involved in Human–Pet Relations and Their Associations with Human Wellbeing. Anthrozoös, 36, 579-603. https://doi.org/10.1080/08927936.2023.2210437.
4. Baker, L. (2014). Human Persons as Social Entities. Journal of Social Ontology, 1, 77-87. https://doi.org/10.1515/jso-2014-0037.
5. Bhattacharjee, B. (2024). The role of music in mental health treatment. Scholarly Review Journal. https://doi.org/10.70121/001c.124789.
6. Bhatia, D., Bhatia, A., & Sarma, D. (2022). Impact of Pet Ownership and Relationships on Human Psychological Health and Function. Gyan Management Journal. https://doi.org/10.48165/gmj.2022.16.2.5.
7. Clear, J. (2018). Atomic Habits: An Easy & Proven Way to Build Good Habits & Break Bad Ones. Avery.
8. Courtney, A., & Meyer, M. (2019). Self-Other Representation in the Social Brain Reflects Social Connection. The Journal of Neuroscience, 40, 5616-5627. https://doi.org/10.1101/856856.
9. Crum, A., Jamieson, J., & Akinola, M. (2020). Optimizing stress: An integrated intervention for regulating stress responses. Emotion, 20(1), 120-125. https://doi.org/10.1037/emo0000670.
10. Ebstein, R., Israel, S., Chew, S., Zhong, S., & Knafo, A. (2010). Genetics of Human Social Behavior. Neuron, 65, 831-844. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.02.020.
11. Grinde, B. (2024). The Evolution of Human Social Behavior. Encyclopedia. https://doi.org/10.3390/encyclopedia4010029.
12. Liu, H., Lin, J., & Lin, W. (2024). Cognitive mechanisms and neurological foundations of companion animals’ role in enhancing human psychological well-being. Frontiers in Psychology, 15. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1354220.
13. Pant, U., Frishkopf, M., Park, T., Norris, C., & Papathanassoglou, E. (2022). A Neurobiological Framework for the Therapeutic Potential of Music and Sound Interventions for Post-Traumatic Stress Symptoms in Critical Illness Survivors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19. https://doi.org/10.3390/ijerph19053113.
14. Pardosi, M. (2024). A Reflection of Man as a Social Being in Human Philosophical Thought. Jurnal Indonesia Sosial Teknologi. https://doi.org/10.59141/jist.v5i5.997.
15. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text.
16. Redcay, E., & Schilbach, L. (2019). Using second-person neuroscience to elucidate the mechanisms of social interaction. Nature Reviews Neuroscience, 20, 495-505. https://doi.org/10.1038/s41583-019-0179-4.
17. Taylor, G., McNeill, A., Farley, A., Lindson, N., & Aveyard, P. (2020). Smoking cessation for improving mental health. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.cd013522.
18. Tembo, C., Burns, S., & Kalembo, F. (2017). The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. PLoS ONE, 12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178142.
19. Ter Bogt, T., Vieno, A., Doornwaard, S., Pastore, M., & Van Den Eijnden, R. (2017). “You’re not alone”: Music as a source of consolation among adolescents and young adults. Psychology of Music, 45, 155-171. <https://doi.org/10.1177/0305735616650029>.
20. Source: WHO press release: Amid a year of relentless war, WHO Regional Director for Europe strengthens commitment for mental health services during visit to Ukraine, February 2023.
21. Zablocki-Thomas, P., Rogers, F., & Bales, K. (2022). Neuroimaging of human and non-human animal emotion and affect in the context of social relationships. Frontiers in Behavioral Neuroscience, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.994504>.

**ДОДАТКИ**

**Додаток 1**

|  |
| --- |
| Top of Form |
| Оцінка рівня стресу та стресостійкості серед молоді |
| *Опитування створено з метою аналізу психічного стану молоді. Усі відповіді є анонімними і будуть використані винятково для наукових цілей.* |
| *Орієнтовний час на заповнення: 5-7 хвилин.* |
| Зірочка (\*) указує, що запитання обов’язкове |
| 1. Ваш вік\* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| До 18 років |
| 18-20 років |
| 21-23 роки |
| 24 роки і більше |
| 2. Ваш курс\* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |
| 3. Ваша стать\* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Жіноча |
| Чоловіча |
| Оцінка рівня стресу та стресостійкості серед молоді |
| *Обирайте той варіант відповіді, який найкраще описує* ***як часто*** *Ви відчували або міркували в певний спосіб протягом* ***останнього місяця****.* |
| 1. Як часто за останній місяць Ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 2. Як часто за останній місяць Ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у Вашому житті? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 3. Як часто за останній місяць Ви відчували знервованість та стрес? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 4. Як часто за останній місяць Ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все відбувається по-Вашому (відповідно до Ваших бажань, планів та поглядів)? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 6. Як часто за останній місяць Ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 7. Як часто за останній місяць Ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у Вашому житті? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 8. Як часто за останній місяць Ви почувалися «господарем становища» (відчували, що керуєте ситуацією)? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 9. Як часто за останній місяць Ви були розсерджені через події, на які не могли впливати? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| 10. Як часто за останній місяць Ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що Ви не можете їх подолати? \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| ніколи |
| майже ніколи |
| іноді |
| досить часто |
| дуже часто |
| Оцінка рівня стресу та стресостійкості серед молоді |
| *Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви* ***погоджуєтеся*** *з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід* ***за минулий місяць****. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?* |
| 1. Я можу адаптуватися до змін.\* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| 10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів. \* |
| *Виберіть лише один варіант.* |
| Зовсім ні |
| Дуже рідко |
| Іноді |
| Часто |
| Майже завжди |
| Оцінка рівня стресу та стресостійкості серед молоді |
| Що змушувало Вас стресувати протягом останнього місяця найбільше? (Можна обрати декілька варіантів відповідей)\* |
| ***Виберіть усе, що підходить.*** |
| Проблеми у стосунках з оточенням |
| Самотність або відчуття ізоляції |
| Проблеми зі здоров'ям (власним чи членів сім'ї) |
| Навчання/робота |
| Фінансові труднощі |
| Повномасштабна війна |
| Соціальний тиск або відчуття несправедливості |
| Відчуття невизначеності щодо майбутнього |
| Низька самооцінка чи самокритика |
| Інше: |
| Що, на Вашу думку, допомагає Вам зберігати спокій та мотивацію в стресових умовах?\* |
| Щиро дякуємо Вам за участь в опитуванні! Бережіть себе ❤️ |
| (Результати будуть опубліковані у вигляді узагальненої статистики) |

**Додаток 2**

**

## **ШКІРНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ КРОНА**

# **Савіна Н.Р.**1, **Мозирська О.В.**2

1Магістрант, 5 курс, медичний факультет №2, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: д-р мед. наук, доцент Кафедра педіатрії №2 Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

**Вступ:** Хвороба Крона - це хронічне рецидивуюче гранулематозне запальне захворювання шлунково-кишкового тракту із сегментарним трансмуральним ураженням та структурними змінами будь-якого його відділу, що зумовлене генетичною схильністю та змінами клітинного імунітету. Шкірні прояви є найбільш часто зустрічаємими позакишковими проявами хвороби Крона. Однією з теорій їх виникнення є наявність спільних епітопів у слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту та шкірній ділянці, на які виникає спільна імунна відповідь. Також є дослідження, які підтверджують зв’язок між наявністю антигенів головного комплексу гістосумісності HLA та схильністю до виникнення хвороби Крона та її позакишкових проявів. Шкірні прояви можуть виникати шляхом прямого та метастатичного поширення або проявлятися у вигляді реактивних дерматологічних станів. В деяких випадках вони можуть бути найбільш вираженими ознаками хвороби, але сприйняті як ознаки інших дерматологічних хвороб й таким чином ускладнювати діагностику основного захворювання. Постановка задачі: Вивчити клінічні форми дерматологічних уражень при хворобі Крона, їх роль в ранній діагностиці запального захворювання кишківника та тактику лікування даного стану. Основний матеріал: Пацієнт А., 16 років, з серпня 2023 року знаходився на стаціонарному лікуванні в дитячій лікарні зі скаргами на біль в животі, періодичну наявність домішок крові в калі домішків крові, діарею, диспептичні розлади: постпрандіальне наповнення, нудоту, блювання. На основі цих скарг був встановлений діагноз функціональна диспепсія. 29 серпня пацієнт виписаний з покращенням. З вересня по грудень 2023 року продовжували турбувати скарги: біль в животі, відмічалась зниження маси тіла (1,5 кг протягом 3-х місяців). В грудні 2023 року юнак звернувся до КМДКЛ №2 зі скаргами на ураження шкіри, що були представленні буллами та еритематозно-коричневими бляшками у навколооральній, скроневій, пахвовій, паховій зонах та виразкові ураження слизової оболонки на внутрішній поверхні щік. Поляризована контактна дермоскопія бляшок показала наявність добре сфокусованих лінійних розгалужених судин і дифузних жовто-оранжевих безструктурних ділянок. В межах ураження в аксилярних ділянках та в паху були відмічені безструктурні ділянки від рожевого до червоного вогнища. Під час перебування в стаціонарі були проведені обстеження загальноклінічні та вірусологічні обстеження. Тест на виявлення антитіл IgM до цитомегаловірусу - 5,2 Од/мл, в результаті чого було додатково призначено валцикловір. Для лікування шкірних проявів було рекомендовано місцеве застосування мазі з 0,1% метилпреднізолоном. Була проведена діагностична біопсія новоутворень шкіри, яка показала наявність неказеуючих гранульом у дермі. Аналіз на кальпротектин - 106 мг/кг. Хворий А. знаходився в стаціонарі протягом 2-х тижнів, отримував місцеве лікування та валацикловір. Стан хворого помірно погіршувався: утруднене харчування та вживання води через значні ураження губ та слизової рота, втрата ваги продовжувалась, покращень з боку сипмтомів щлунково-кишкового тракту не було. В результаті співставлення клінічної, дерматоскопічної та гістологічної картини елементів висипу (гранулематозне запалення, типові ділянки – рот, аксилярні, пахові, завушні) та наявної клінічної картини хронічного запального стану кишківника було запідозрено наявність запальної хвороби кишківника з системними або шкірними проявами, а саме хвороби Крона, метастатична форма з ураженням шкіри. Для встановлення остаточного діагнозу хворого була проведена колоноскопія з біопсією та гістологічним дослідженням зразків біопсії, яка і підтвердила діагноз хвороби Крона. Колоноскопія: є нерівномірно стовщені, білуваті ділянки слизової оболонки товстої кишки з вираженою гіперемією. Виявляються ерозії-афти та позвдовжні поверхневі та глибокі виразки, оточені білими грануляціями. У просвіті кишки виявляється слиз та гнійний ексудат. Біопсія: мікроскопічно визначається виражений запально-клітинний інфільтрат представлений лімфоцитами, плазматичними клітинами, гістоцитами, еозинофілами. Виявляються неказеонні саркоїдоподібні гранульоми з гігантськими клітинами Лангганса. Хворому було призначено лікування: преднізолону 40 мг/д, де половина дозування вводилася внутрішньовенно, а друга половина – перорально, дієти, яка включала в себе дрібне харчування до 5-6 р/д, підвищений вміст білка та обмеження клітковини, смажених, копчених, маринованих продуків; комплексу вітамінів та мінералів. На фоні отриманої терапї прояви хвороби зменшилися.

**Висновки.** Хвороба Крона - це складна хвороба з доволі великим діапазоном позакишкових проявів, які іноді можуть передувати або бути більш вираженими, ніж кишкові. Шкірні ураження є найпоширенішими позакишковими проявами при хворобі Крона та зустрічаються майже у кожного третього пацієнта. Вони можуть бути одними з основних ранніх скарг пацієнтів і таким чином ускладнювати діагностику. Дані прояви найчастіше представлені вузловою еритемою та гангренозною піодермією, що є характерними не тільки для хвороби Крона, але і інших дерматозів. У даному клінічному випадку шкірні ураження були типові для епізоду загострення хвороби Крона. Тим не менш вони потребували диференційної діагностики з іншими дерматологічними захворюваннями. Наявність подібних уражень, включаючи наявність інших симптомів, потребує комплексного обстеження організму, результати яких і дозволили встановити точний діагноз. Варто зазначити, що лікування шкірних проявів хвороби Крона включало в себе місцеву та системну терапію. Ця ситуація підкреслює важливість взаємодії лікарів різної спеціальності при постановці діагнозу та лікуванні хвороби та показує необхідність врахування шкірних симптомів як можливого індикатора системної активності захворювання.

**Ключові слова:** хвороба Крона, булла, гранульома, колоноскопія

## **СТИЛІ ПРИВ’ЯЗАНОСТІ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ТА КОНФЛІКТНА ПОВЕДІНКА У РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКАХ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ**

**Сапронова Оксана1**, **Маслюк Андрій**2

1Інститут післядипломної освіти, Київський національний університет імені Тараса Шевченка

2Науковий керівник: доктор психологічних наук, доцент

**Анотація.** У статті представлено результати комплексного дослідження, присвяченого вивченню взаємозв’язку між стилями прив’язаності, копінг-стратегіями та конфліктною поведінкою в партнерських взаєминах. Обґрунтовано концептуальну модель багаторівневої регуляції конфліктної взаємодії, в якій копінг-механізми виступають медіаторами між глибинними емоційно-когнітивними структурами прив’язаності та поведінковими стратегіями у конфліктній ситуації. Емпіричні дані підтвердили релевантність цієї моделі, виявивши низку закономірностей у реакціях партнерів залежно від їхнього стилю прив’язаності та ресурсного потенціалу.

**Ключові слова:** стиль прив’язаності, копінг-стратегії, конфліктна поведінка, BASIC Ph, медіаційна модель, психоедукація*.*

**Вступ.** У сучасних соціокультурних умовах, зокрема в контексті повномасштабного військового конфлікту в Україні, міжособистісні стосунки зазнають глибоких трансформацій. Війна стала потужним психотравмуючим фактором, що впливає на емоційний стан, рівень стресу, відчуття безпеки та якість партнерської взаємодії. Тривала невизначеність, втрати, економічна нестабільність, розлука або примусове переміщення – усе це сприяє зростанню конфліктності у романтичних стосунках, знижуючи здатність до конструктивного розв’язання суперечностей.

Психологічні механізми конфліктної поведінки залишаються багатоаспектними, що обумовлює потребу в дослідженні їхньої багаторівневої детермінації. У фокусі нашого дослідження — інтеграція концептів стилю прив’язаності (J. Bowlby, M. Mikulincer), копінг-поведінки (C. Carver, M. Scheier) та моделі ресурсної саморегуляції BASIC Ph (M. Lahad).

**Методологія.** Було розроблено узагальнену методологічну схему дослідження, яка дала змогу комплексно проаналізувати взаємозв’язки між стилями прив’язаності, ресурсною забезпеченістю, копінг-стратегіями та конфліктною поведінкою в романтичних стосунках.

Для забезпечення валідності та комплексності дослідження було використано низку стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволили оцінити ключові змінні дослідження:

1. діагностика стилів прив’язаності (ECR-R);
2. оцінка адаптаційних ресурсів за моделлю BASIC Ph;
3. визначення копінг-стратегій (Brief COPE);
4. ідентифікація стилів конфліктної поведінки (методика Джонсона і Джонсона).

Вибірка: 60 осіб (30 жінок, 30 чоловіків), віком 22–35 років, у стабільних романтичних стосунках. Вибірка є збалансованою за статтю, рекрутована методом цільового залучення. Дані були зібрані у форматі анонімного онлайн-анкетування, що забезпечило зручність участі та дотримання етичних норм.

**Теоретичні основи.** Згідно з сучасними дослідженнями (Simpson & Rholes, 2012; Mikulincer & Shaver, 2016), стилі прив’язаності обумовлюють характер реагування у ситуаціях конфлікту. Тривожна прив’язаність пов’язана з гіперактивацією системи прив’язаності, а уникаюча — з деактивацією та самозахисними патернами. У нашому дослідженні ми вивчали ці зв’язки у взаємодії з копінг-стратегіями, що виконують функцію посередників.

**Результати.** Результати емпіричної частини дослідження засвідчили наявність статистично значущих взаємозв’язків між стилями прив’язаності, ресурсною системою особистості, копінг-стратегіями та конфліктною поведінкою в романтичних стосунках. Емпіричні дані підтвердили багаторівневу структуру регуляції міжособистісної взаємодії: стиль прив’язаності слугує вихідною емоційно-когнітивною детермінантою, що опосередковано впливає на типові стратегії подолання стресу, які, у свою чергу, зумовлюють характер конфліктної поведінки.

Гіпотеза H1 знайшла підтвердження в тому, що тривожна прив’язаність асоціюється з підвищеною активністю афективного та соціального каналів адаптації, тоді як уникаюча — з когнітивним та поведінковим каналами. Це узгоджується з ідеєю, що стилі прив’язаності зумовлюють домінуючі механізми емоційної саморегуляції та соціальної залученості в умовах конфлікту.

Гіпотеза H2 була емпірично підтверджена: специфіка домінуючих ресурсних каналів у структурі особистості корелює з вибором відповідних копінг-стратегій. Афективний ресурс зумовлює схильність до емоційно-фокусованих копінгів, когнітивний — до проблемно-орієнтованих стратегій, соціальний — до копінгів, пов’язаних з пошуком підтримки.

Гіпотеза H3 також підтвердилася: адаптивні копінги (рефреймінг, планування, активне подолання) пов’язані зі стратегіями конструктивного вирішення конфліктів (співпраця, компроміс), у той час як неадаптивні копінги (самозвинувачення, уникнення, емоційна розрядка) — із деструктивною поведінкою (конфронтація, уникання, пасивна поступливість).

Найвагоміше підтвердження отримала гіпотеза H4: копінг-поведінка виконує медіаційну функцію у зв’язку між стилем прив’язаності та конфліктною поведінкою. Тривожна прив’язаність обумовлює переважання ригідних, емоційно-фокусованих копінгів, що знижують імовірність конструктивного реагування. Уникаюча прив’язаність, навпаки, активує деактиваційні стратегії, що сприяють дистанціюванню та зниженню інтенсивності емоційного включення. Водночас виявлено варіативні патерни, за яких наявність високого когнітивного ресурсу в осіб з уникаючим стилем прив’язаності може сприяти вибору конструктивних стратегій — стратегічної співпраці або компромісу.

Таким чином, емпіричні результати підтверджують валідність запропонованої багаторівневої моделі, в якій конфліктна поведінка є функцією взаємодії стилів прив’язаності, ресурсного потенціалу та копінг-поведінки. Це дозволяє інтерпретувати конфлікт не як випадкову міжособистісну дисфункцію, а як структурно обумовлений феномен, інтегрований у систему глибинних психологічних механізмів.

Серед обмежень дослідження варто відзначити обмежений обсяг вибірки (N = 60), що може знижувати статистичну потужність регресійного аналізу. Додатково, використання методів самозвіту не виключає впливу соціальної бажаності на відповіді. Крім того, вибірка сформована в межах однієї культурної традиції, що обмежує можливість узагальнення результатів на інші соціокультурні контексти.

**Психоедукаційна програма.** На основі отриманих даних було розроблено психоедукаційну програму, спрямовану на розвиток конструктивних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях та підвищення рівня саморегуляції у партнерських стосунках з урахуванням типу прив’язаності учасників. Програма має комплексний характер і базується на сучасних підходах до психологічного консультування.

Структура програми охоплює як теоретичну, так і практичну компоненти: учасники отримують знання про особливості власного стилю прив’язаності, навчаються розпізнавати та регулювати власні реакції на міжособистісну напругу, опановують навички ефективного реагування в конфліктних ситуаціях. Формат групової когнітивно-поведінкової інтервенції із залученням цифрових інструментів (телеграм-бот як елемент супроводу) забезпечив гнучкість та доступність реалізації.

Апробація програми виявила її ефективність: учасники демонстрували зростання рівня усвідомлення власних реакцій, підвищення здатності до конструктивного діалогу та активізацію соціального ресурсу. Найбільш виражені зміни стосувалися зменшення деструктивних патернів конфліктної поведінки (уникання, конфронтація) та зростання готовності до співпраці й компромісу.

**Висновки.** Конфліктна поведінка в романтичних стосунках є не випадковою, а структурно зумовленою формою емоційного реагування, що опосередковується індивідуальними ресурсами та копінг-реакціями. Запропонована модель дозволяє інтегрувати емоційні, когнітивні й поведінкові компоненти в поясненні міжособистісних конфліктів, що має як теоретичне, так і прикладне значення — зокрема у сфері психоедукації, терапії пар та кризового консультування.

Таким чином, результати емпірично підтверджують багаторівневу модель конфліктної поведінки, в якій емоційно-когнітивна структура прив’язаності через специфіку копінг-реакцій визначає домінуючий стиль поведінки в ситуації конфлікту. Це дозволяє інтерпретувати конфлікт не як випадкову дисфункцію, а як результат інтегрованого функціонування механізмів саморегуляції в динаміці партнерських стосунків.

Серед обмежень дослідження варто зазначити обмежений обсяг вибірки (N= 60), що може впливати на статистичну потужність регресійного аналізу. Також усі дані були зібрані шляхом самозвіту, що не виключає впливу соціальної бажаності. Вибірка сформована в межах однієї культурної традиції, що обмежує можливість узагальнення результатів на ширші популяції.

**Список використаних джерел:**

1. Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent–Child Attachment and Healthy Human Development. Basic Books.
2. Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2016). Attachment in Adulthood. Guilford Press.
3. Simpson, J. A., Rholes, W. S. (2012). Adult Attachment Orientations, Stress, and Romantic Relationship Functioning. Current Directions in Psychological Science, 21(5), 267–271.
4. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267–283.
5. Lahad, M. (1997). BASIC Ph: A Coping Model for Crisis Intervention.

**ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЧЛЕНІВ РОДИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЇЇ ЗВ’ЯЗОК З РЕСУРСНІСТЮ**

# **Скоріна Олена**

Студентка 2го курсу магістратури Інституту післядипломної освіти

Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Анотація.** У статті розглянуто психологічні особливості резильєнтності членів родин військовослужбовців в умовах тривалого стресового навантаження, викликаного війною в Україні. На основі емпіричного дослідження проаналізовано зв’язок між рівнем резильєнтності та ресурсністю особистості. Обґрунтовано доцільність психологічної інтервенції (лекції, тренінг, консультації), результати якої підтверджують, що навіть короткострокова підтримка здатна позитивно вплинути на рівень психологічної стійкості. Наведено рекомендації щодо напрямів психологічної допомоги родинам військових.

**Ключові слова:** резильєнтність, ресурсність, члени родин військовослужбовців, психологічна підтримка, стресостійкість.

**Annotation.** The article explores the psychological features of resilience among family members of military personnel in the context of prolonged stress due to war in Ukraine. Based on empirical data, the relationship between resilience and individual resources is analyzed. The effectiveness of short-term psychological intervention (lectures, training, individual consultations) is justified, with results confirming its positive impact on resilience. The article outlines practical recommendations for psychological support for military families.

**Keywords:** resilience, personal resources, military families, psychological support, stress resistance.

**Вступ.** Повномасштабна війна в Україні спричинила значне психоемоційне навантаження для громадян, зокрема для членів родин військовослужбовців. Їхній стан часто позначений хронічною тривогою, невизначеністю та емоційним виснаженням. У цьому контексті зростає значення резильєнтності як здатності адаптуватися до складних обставин і відновлювати внутрішній баланс.

**Мета статті** – проаналізувати психологічні особливості резильєнтності членів родин військовослужбовців та визначити її взаємозв’язок з ресурсністю, а також представити результати впровадження психологічної інтервенції.

**Теоретичний аналіз.** У науковій літературі поняття резильєнтності трактується як здатність особистості адаптуватися, зберігати функціональність і розвиватися в умовах стресу (Masten, 2001). Дослідники (Hobfoll, 1989; Werner, 1995) підкреслюють, що резильєнтність не є сталим утворенням, а формується внаслідок взаємодії між індивідом і середовищем. Особливого значення в цьому контексті набуває концепція ресурсів, запропонована Хобфоллом, згідно з якою втрата ресурсів є головним джерелом стресу, а їх збереження — основою для резильєнтної поведінки.

Савченко О.В. та колеги розробили методику «Особистісні ресурси», яка дозволяє дослідити структурні компоненти ресурсного потенціалу особистості. У свою чергу, модель BASIC Ph (Лахад, 1993) пропонує ресурсно-орієнтоване бачення процесу адаптації через шість каналів: переконання, афекти, соціальну підтримку, уяву, когніції та тіло. Це дає змогу комплексно оцінювати потенціал до стресостійкості. Вітчизняні дослідження (Максименко, Кісарчук, 2021; Шевченко, 2023) підтверджують, що підвищення усвідомлення та актуалізації власних ресурсів прямо пов’язане з покращенням адаптивного функціонування в умовах невизначеності.

Таким чином, існує наукове підґрунтя для припущення, що цілеспрямований вплив на ресурсність особистості через психологічні інтервенції може підвищити рівень резильєнтності в умовах хронічного стресу.

**Методи.** У дослідженні взяли участь 69 осіб віком від 21 до 70 років. Використано такі методики: CD-RISC-10 (резильєнтність), BASIC Ph (модель ресурсності), методика «Особистісні ресурси» (Савченко та ін.). Кореляційний аналіз здійснено за Спірманом та Пірсоном. Після інтервенції проведено повторну діагностику на підвибірці з 20 осіб.

**Опис втручання.** Інтервенція включала комплекс психологічних заходів, спрямованих на розвиток ресурсності та стресостійкості:

- три тематичні лекції: «Психоедукація про резильєнтність», «Модель BASIC Ph», «Техніки емоційної регуляції»;

- груповий тренінг «Сила в мені» з акцентом на практичні вправи з комунікації, довіри, усвідомлення ресурсів;

- дві індивідуальні консультації для кожного учасника з аналізу ресурсного профілю та рекомендацій з подальшої роботи над резильєнтністю.

**Результати.** Первинний аналіз показав, що високий рівень резильєнтності позитивно корелює з такими аспектами ресурсності, як соціальні зв’язки, тілесні ресурси та здатність до гнучкого мислення. Після впровадження психологічної інтервенції (тематичні лекції, тренінг "Сила в мені", індивідуальні консультації) спостерігається підвищення середнього рівня резильєнтності за шкалою CD-RISC-10. Зокрема, зросли показники емоційної регуляції та усвідомлення ресурсів. Для зручності оцінки динаміки змін було використано графіки і таблиці, що демонструють позитивну зміну після інтервенції.

Кореляційний аналіз продемонстрував, що після інтервенції зменшилась залежність між когнітивними стратегіями та резильєнтністю (rs = –0.18), натомість зросла роль соціальних (rs = 0.41) і тілесних (rs = 0.36) ресурсів у прогнозуванні резильєнтності. Це вказує на гнучкість структури ресурсного забезпечення резильєнтної поведінки та можливість його позитивної корекції навіть за короткий термін впливу.

Крім того, дослідження підтверджують, що навіть нетривале психологічне втручання, зокрема 3 тематичні лекції, груповий тренінг і 2 індивідуальні консультації, здатне істотно підвищити рівень резильєнтності. Позитивні зрушення було зафіксовано вже через місяць після завершення інтервенції, що свідчить про її ефективність та доцільність у практиці психологічної допомоги родинам військових.

**Обговорення.** Отримані результати узгоджуються з даними досліджень Masten (2001), Hobfoll (1989), Савченко та ін., які вказують на важливу роль ресурсного середовища у підтримці психологічної стійкості. Зокрема, модель BASIC Ph дозволяє ідентифікувати не лише сильні сторони учасників, але й ті ресурси, які потребують розвитку. Актуальність індивідуалізованого підходу до роботи з сім’ями військовослужбовців підкріплюється емпіричними даними, що демонструють значущість психоедукації, соціального залучення та тілесних практик у підтримці психічного здоров’я.

**Висновки.** Резильєнтність членів родин військовослужбовців тісно пов’язана з особистісними ресурсами. Навіть короткочасне психологічне втручання може мати позитивний ефект, підвищуючи рівень стресостійкості. Розроблені рекомендації щодо підтримки включають роботу з автоматичними думками, тілесно-орієнтовані практики, групові тренінги, арт-терапію, психоедукацію та індивідуальні консультації на основі моделі BASIC Ph. Запропоновані підходи можуть бути застосовані в роботі практичних психологів, військових центрів підтримки та соціальних служб.

**Список використаних джерел:**

1. Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. American Psychologist, 56(3), 227–238.
2. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., Yehuda, R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives // European Journal of Psychotraumatology. 2014. Vol. 5. Article 25338.
3. Яценко Т.С., Галушко Л.Я. Глибинна психокорекція та упередження психотравматизації. Київ: Вища школа, 2020.
4. Максименко С.Д., Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ: Логос, 2021.
5. Ткач Б.М., Кудінова М.С. Нейропсихологія стресостійкості. Київ: Талком, 2021.
6. Бондар В.І., Макаренко І.Є. Психологічна резильєнтність особистості в умовах воєнного стану. Психологічний журнал, 2022, № 9.
7. Шевченко Н.Ф., Шевченко А.І. Психологічні ресурси особистості в умовах воєнного стану. Психологічні перспективи, 2023, № 41.
8. Савченко О.В., Сукач С.А., Тімакова А.В. Методика «Особистісні ресурси»: валідізація та стандартизація. Габітус, 2022.
9. Кокуг О.М. Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості. Київ: ІП НАПН України, 2024.

**ЗВ’ЯЗОК СУМІСНОСТІ В ПОДРУЖНІЙ ПАРІ ІЗ ЗАДОВОЛЕНІСТЮ ШЛЮБОМ**

**Соболь Юлія**

Здобувач вищої освіти 2 курсу групи 9.623 МПсП спеціальності 053 «Психологія» заочної форми навчання

У контексті глибоких соціокультурних змін, зростання частоти розлучень та трансформації уявлень про шлюб і родинні цінності, проблема взаємозв’язку між подружньою сумісністю та задоволеністю шлюбом залишається особливо актуальною. Вивчення психологічних чинників, що впливають на якість стосунків між партнерами, є необхідною умовою для розробки дієвих стратегій підтримки сімейної гармонії.

Сучасні українські родини функціонують в умовах тривалих криз: військових подій, соціальної нестабільності, вимушеної міграції, втрат і високого рівня психологічного стресу. Це створює додаткові виклики для збереження стабільності в подружньому житті та потребує нових підходів до підтримки емоційного зв’язку між партнерами.

У таких обставинах шлюб виступає не лише соціальним інститутом, а й ресурсом психологічної підтримки. Саме тому важливо емпірично досліджувати, які аспекти сумісності (емоційна, комунікативна, сексуальна, ціннісна) найбільше впливають на рівень подружньої задоволеності. Отримані результати можуть слугувати основою для формулювання практичних рекомендацій, спрямованих на зміцнення партнерських зв’язків, розвиток довіри та емоційної близькості в умовах підвищеного соціального напруження.

**Мета дослідження:** визначення взаємозв’язку між подружньою сумісністю та рівнем задоволеності шлюбом, а також виявлення чинників, що сприяють стабільності та гармонійності подружніх взаємин. Аналізується емоційна, когнітивна та поведінкова сумісність, стилі прихильності, комунікація та сексуальне благополуччя. Отримані результати можуть бути використані у сімейному консультуванні та психотерапії для зміцнення подружніх стосунків.

**Методи дослідження.** Для розв’язання визначених завдань були використані методи теоретичного й емпіричного дослідження:

***а) теоретичні методи*** (аналіз, порівняння, класифікація, систематизація, узагальнення) дали можливість науково-теоретичного обґрунтування отриманих нами даних;

***б) емпіричні методи дослідження***: опитувальник «Індекс задоволеності пар» (Couples Satisfaction Index (CSI32), опитувальник «Емоційна взаємодія подружжя» (Є. Потапчук, О. Посвістак), опитувальник «Досвід близьких стосунків» (Brennan, Clark, Shaver, 1998; адаптація М. Казанжи та Ю. Вторнікової, 2022), Опитувальник сексуального благополуччя (В. Гупаловська, 2021);

***в) методи статистичної обробки кількісних даних***: методи описової статистики (оцінка середнього арифметичного, стандартного відхилення, максимального та мінімального значення у вибірці, відсотковий аналіз даних), коефіцієнт надійності Альфа Кронбаха, **аналіз розподілу** даних (критерій **Шапіро-Вілка**); кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена, множинний лінійний регресійний аналіз.

**База дослідження.** Для емпіричного дослідження була сформована вибірка з 60 осіб, що утворюють 30 подружніх пар. Пари відбиралися з урахуванням таких факторів, як:

* статус шлюбу (зареєстрований або незареєстрований);
* тривалість стосунків (до 5 років, від 5 до 10 років, 11-15 років, 16-20 років, понад 20 років);
* наявність чи відсутність дітей;
* формат спільного проживання (постійне спільне проживання або проживання окремо).

Респонденти переважно належать до вікових груп 26–35 років (21 осіб) та 36–45 років (23 осіб), що свідчить про активну соціальну та професійну діяльність. Також у вибірці присутні представники вікових груп 18-25 років (6 осіб), 46–55 років (6 осіб) та 56+ років (4 особи), що дозволяє охопити різні життєві етапи та досвід.

Більшість пар, 70% респондентів (21 пара), мають офіційно зареєстровані стосунки (шлюб). 30% респондентів (9 пар) мають стосунки не формалізовані офіційно.

За відповідями респондентів, у багатьох пар це їх перший шлюб (77,5%), хоча є також випадки, коли один з партнерів перебував у шлюбі більше одного разу. 77% пар (23 пари) мають дітей, 23% (7 пар) – ні.

Тривалість стосунків варіюється: 3 пари були у шлюбі до 5 років, 8 пар – від 5 до 10 років, 8 пар – 11-15 років, 4 пари – 16-20 років, 7 пар – понад 20 років.

Більшість пар проживає разом постійно. Однак в окремих випадках вказується часткове спільне проживання або проживання окремо, що може бути обумовлено професійними, навчальними чи іншими обставинами: 87% пар (26 пар) проживають разом постійно, 13% (4 пари) – проживають окремо.

Така різноманітність характеристик вибірки дозволяє отримати комплексне уявлення про фактори, що впливають на рівень сумісності подружніх пар і задоволеність шлюбом, а також про вплив особистого досвіду та соціальних умов на якість сімейних стосунків.

У дослідженні сумісності подружніх пар за параметрами типів прив’язаності було використано адаптовану методику «Досвід близьких стосунків», яка дає змогу вивчати особливості стилів прихильності партнерів. Методика охоплює дві шкали: шкалу тривожності у відносинах прив’язаності (рівень впевненості чи невпевненості у надійності та чуйності партнера) та шкалу уникнення близькості (ступінь дискомфорту, що виникає при психологічному зближенні з іншою людиною).

За результатами аналізу, високий рівень емоційної сумісності виявлено у 37% пар. Ці пари демонструють близькі та помірні показники тривожності й уникнення, що свідчить про відкритість до близькості, емоційний комфорт і низький рівень напруження у взаєминах. Вони мають потенціал для формування довірливих і стабільних стосунків.

Середній рівень сумісності спостерігається у 40% пар. У цих випадках виявлено незначну емоційну несхожість між партнерами, яка може спричиняти певне напруження, однак за наявності емоційної зрілості подружжя здатне до ефективного діалогу та адаптації.

Низький рівень сумісності зафіксовано у 23% пар. Вони характеризуються суттєвими відмінностями в рівнях тривожності або уникнення, що може призводити до емоційної асиметрії, конфліктів та зниження задоволеності у стосунках.

Таким чином, проведений аналіз демонструє, що понад 77% пар мають або високу, або середню сумісність, що є позитивним показником і вказує на загальну потенційну стабільність подружніх стосунків у вибірці.

Для комплексного аналізу емоційної сумісності в контексті задоволеності шлюбом у межах даного дослідження було використано методику «Емоційна взаємодія подружжя», яка дозволяє оцінити глибинні аспекти взаємодії між партнерами у трьох основних блоках: чуттєвому, емоційному та поведінковому. Оскільки мета дослідження полягає у вивченні взаємозв’язку між сумісністю партнерів та задоволеністю шлюбом, до подальшого аналізу були відібрані саме ті шкали, які найбільш релевантні цій темі як з теоретичної, так і з практичної точки зору.

Для аналізу результатів дослідження був застосований порівняльний міжіндивідуальний аналізу в межах пари, що дозволяє оцінити ступінь схожості психологічних характеристик між двома партнерами. Такий підхід є різновидом описової статистики та допомагає визначити емоційну узгодженість у подружжі за вибраними шкалами опитувальника.

Сумісність оцінювалася за середньою абсолютною різницею між індивідуальними показниками двох партнерів за кожною шкалою. Чим менша різниця, тим вища емоційна узгодженість пари.

Аналіз емпіричних даних дозволив виокремити характерні закономірності розподілу результатів за окремими шкалами, що відображають ключові аспекти емоційної взаємодії в подружніх стосунках.

Найменші розбіжності між партнерами виявлено за шкалою «Співпереживання», що засвідчує високий рівень емпатії та здатність до розуміння емоцій одне одного. Також шкала «Здатність сприймати стан партнера» продемонструвала загалом помірну варіативність, що свідчить про відносно збалансоване емоційне сприйняття у більшості випадків.

Натомість найбільші відмінності фіксувалися за шкалою «Безумовне прийняття», що може вказувати на потенційні розбіжності у ставленні до особистісних рис партнера. Суттєві розбіжності за цією шкалою є чинником ризику для стабільності взаємин.

Шкали «Емоційний фон взаємодії», «Узгодження дій» та «Надання емоційної підтримки» продемонстрували середній рівень варіативності. У більшості випадків спостерігалася помірна емоційна узгодженість, що вказує на наявність загальної гармонії у стосунках, хоча в окремих парах спостерігалися значущі розбіжності, що можуть впливати на якість подружньої взаємодії.

Узагальнені результати засвідчили, що:

* **30% пар** мають високий рівень емоційної сумісності. Ці пари характеризуються мінімальними відмінностями за всіма шкалами, високим рівнем емоційної узгодженості, підтримки та довіри.
* **46,7% пар** демонструють середній рівень сумісності. Для них характерні помірні розбіжності, які не становлять суттєвої загрози, але можуть бути джерелом напруження в разі недостатньої комунікації.
* **23,3% пар** мають низький рівень емоційної сумісності, що супроводжується суттєвими відмінностями в ключових емоційних сферах, таких як прийняття, підтримка й сприйняття емоційного стану партнера. Це може створювати ризики для гармонійного розвитку стосунків.

Для оцінки ступеня сексуальної сумісності у подружніх парах було використано метод порівняння результатів між партнерами, отриманими за Опитувальником сексуального благополуччя (В. Гупаловської), що включає 6 шкал: «Сексуальна комунікація», «Сексуальна потреба», «Кількісний компонент, «Стосунки як цінність», «Задоволення сексуальним життям і стосунками», «Інтегральний показник сексуального благополуччя».

Результати аналізу засвідчили значну варіативність рівня сексуальної сумісності між подружніми парами. У частини учасників дослідження зафіксовано високу або дуже високу відповідність у сприйнятті сексуальних потреб, емоційного наповнення інтимної взаємодії та сексуальної комунікації. Такі пари, як правило, демонструють стабільність у близьких стосунках, емоційне взаєморозуміння та задоволеність сексуальним життям.

Натомість значна частина пар виявила низький рівень сексуальної сумісності. У таких стосунках відмінності стосуються одразу кількох важливих аспектів – ритму інтимного життя, сексуальних уподобань, рівня емоційної включеності. Це може свідчити про труднощі у досягненні взаєморозуміння, потенційне джерело конфліктів або зниження задоволеності у шлюбі.

Загалом:

* **30% пар** мають високу сексуальну сумісність;
* **16,7%** демонструють помірний рівень;
* **53,3% пар** виявили сумісність нижчу за середню.

Отримані дані свідчать про широкий спектр індивідуальних варіацій у сексуальній взаємодії. Це може бути зумовлено як особистісними відмінностями партнерів, так і впливом зовнішніх чинників – стресу, психологічної напруги, нестачі відкритого обговорення інтимних тем тощо.

Оцінка рівня подружнього – задоволення в межах дослідження здійснювалася за методикою «Індекс задоволеності пар (CSI32)». Кожен респондент відповідав на перелік тверджень, що стосуються рівня близькості у парі, гармонії та особистого задоволення від шлюбних взаємин.

Результати опитування за шкалою CSI32 свідчать про загалом високий рівень подружнього благополуччя у вибірці. У більшості пар обидва партнери продемонстрували високі оцінки задоволеності, що відображає позитивне емоційне сприйняття стосунків, стабільність і психологічний комфорт у шлюбі.

Разом з тим, **у 4 подружніх парах** із 30 виявлено низький рівень задоволеності шлюбом принаймні в одного з партнерів. У двох із них критично низькі показники фіксуються одночасно в обох партнерів, що свідчить про високий ризик емоційного віддалення, зниження довіри та загрози стабільності стосунків.

Окрім цього, **у 3 парах** виявлено виражену асиметрію у рівні задоволеності шлюбом (розбіжність між партнерами перевищує 20 балів). Це може свідчити про емоційну дисгармонію, різне сприйняття якості стосунків або наявність нерозв’язаних проблем у комунікації.

Перед виконанням кореляційного аналізу в межах нашого дослідження було проведено перевірку розподілу даних за допомогою критерію Шапіро-Вілка, щоб з’ясувати, чи відповідають показники нормальному розподілу.

Аналіз розподілу основних показників дослідження показав, що середній рівень задоволеності шлюбом та індекси сумісності за шкалами тривожності й уникнення (ECR-R) не відповідають умовам нормального розподілу. Натомість інтегральні індекси сумісності за опитувальниками, що оцінюють емоційну взаємодію та сексуальне благополуччя, розподіляються нормально.

У зв’язку з цим для подальшого вивчення взаємозв’язків між змінними було застосовано непараметричний кореляційний аналіз за методом Спірмена, який дозволяє коректно оцінити силу та напрям зв’язку без припущення нормальності розподілу. Отримані коефіцієнти кореляції дали змогу виявити статистично значущі взаємозв’язки між задоволеністю шлюбом і різними аспектами подружньої сумісності.

Кореляційний аналіз засвідчив, що більшість показників емоційної та сексуальної сумісності не мають статистично значущого зв’язку з рівнем задоволеності шлюбом у межах вибірки. Єдиним показником, що продемонстрував помірний негативний та статистично значущий зв’язок із рівнем шлюбного благополуччя, є **різниця у схильності до уникнення емоційної близькості** між партнерами. Це вказує на те, що емоційна дистанційованість одного з партнерів за наявності протилежного налаштування в іншого може сприяти зниженню задоволеності стосунками.

Усі інші досліджувані аспекти – включаючи рівень тривожності, параметри емоційної взаємодії (емпатія, прийняття, підтримка, узгодженість дій) та компоненти сексуального благополуччя – не виявили статистично значущих зв’язків із рівнем шлюбної задоволеності. Спостерігалися лише окремі тенденції до асоціації, які, однак, не досягли рівня достовірності.

Ці результати свідчать про складну й багатофакторну природу шлюбної задоволеності, яка не завжди прямо корелює з симетрією в емоційній або сексуальній сфері. Ймовірно, на її формування впливають індивідуальні уявлення, очікування партнерів, психологічні ресурси, стиль комунікації та соціальні обставини. Виявлені компенсаторні механізми можуть нівелювати негативний вплив окремих відмінностей, забезпечуючи загальне емоційне благополуччя пари.

Для визначення того, які чинники найкраще прогнозують рівень задоволеності шлюбом було здійснено множинний регресійний аналіз.

У проведеному регресійному аналізі було перевірено вплив сумісності між партнерами у стилях прив’язаності на рівень задоволеності шлюбом.

Результати аналізу вказують на наявність суттєвого взаємозв’язку між емоційною асиметрією партнерів та рівнем задоволеності шлюбом. Зокрема, виявлено, що значна різниця в рівні тривожності у межах пари негативно впливає на сприйняття якості подружніх стосунків: чим більшою є ця різниця, тим нижчим є загальний рівень задоволеності.

Натомість різниця у схильності до уникнення емоційної близькості не продемонструвала статистично значущого зв’язку із задоволеністю шлюбом, що може свідчити про менш виражений вплив цього чинника або про його компенсування іншими емоційними ресурсами у стосунках.

Модель також дозволила змоделювати гіпотетичну ситуацію повної емоційної схожості партнерів. Виявилося, що у випадку однакових стилів прив’язаності прогнозований рівень задоволеності шлюбом значно зростає. Це підтверджує важливість емоційної симетрії як чинника гармонійних і стабільних стосунків.

Проведений регресійний аналіз показав, що емоційні й сексуальні характеристики, розглянуті як предиктори задоволеності шлюбом, загалом не мали статистично значущого впливу в межах досліджуваної вибірки. Жоден із показників емоційної взаємодії (зокрема узгодженість дій чи емоційна підтримка) не виявився достатньо впливовим для пояснення рівня шлюбної задоволеності.

Аналогічно, показники сексуального благополуччя також не продемонстрували статистично достовірного зв’язку із задоволеністю шлюбом. Хоча деякі змінні (наприклад, інтенсивність сексуальної активності) виявили певну тенденцію до впливу, вона не досягла рівня статистичної значущості.

Отже, узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що найбільш вагомим фактором у підтриманні задоволеності шлюбом є психологічна сумісність партнерів, насамперед у стилях прив’язаності. Емоційна та сексуальна сумісність також відіграють роль, однак їхній вплив може бути опосередкований або не проявлятися в умовах загальної стабільності стосунків. Важливо враховувати взаємодію всіх цих чинників, адже гармонійні взаємини формуються через поєднання емоційної близькості, взаємної підтримки та ефективної комунікації між партнерами.

**МЕНЕДЖМЕНТ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИ́ТУ ЛЮДИНИ**

# **Спірітус Д.О.**1, **Ярославська С.М.**2

1Студент 5 курсу, Медичного факультету №3, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: доцент, канд. мед. наук, в.о. завідувача кафедри анестезіології та інтенсивної терапії

**Актуальність.** ВІЛ-інфекція у дітей є серйозною проблемою охорони здоров'я, яка вимагає комплексного підходу до лікування, зокрема, в аспекті анестезіологічного супроводу під час хірургічних втручань та діагностичних досліджень (таких як КТ, МРТ, бронхоскопія тощо). Оскільки діти з ВІЛ часто мають ослаблену імунну систему, специфічні фармакокінетичні особливості та психологічні проблеми, анестезіологічний процес потребує особливої уваги. Сучасні дослідження вказують на важливість індивідуального підходу до кожного пацієнта, що включає не лише підбір анестезії, але й психологічну підтримку, фармакотерапію та інфекційний контроль [1, 3].

Згідно з даними ВООЗ, на 2022 рік у світі налічувалося понад 1,7 мільйона дітей, інфікованих ВІЛ. В Україні ця проблема також є актуальною, оскільки кількість дітей з ВІЛ-інфекцією залишається значною. Відомо, що ВІЛ-інфіковані діти мають вищий ризик розвитку опортуністичних інфекцій, ускладнень при загальній анестезії та психоемоційних порушень. Тому питання корекції анестезіологічного забезпечення та психологічного супроводу набуває особливого значення [5, 2].

**Мета дослідження**. Аналіз ефективних методів анестезіологічного та психологічного супроводу дітей з ВІЛ.

**Об’єкт дослідження.** Діти з ВІЛ-інфекцією, що підлягають анестезіологічному супроводу.

**Предмет дослідження.** Особливості анестезії та психологічного супроводу у дітей з ВІЛ.

**Матеріали та методи.** Імунний статус дітей з ВІЛ зазвичай характеризується низьким рівнем CD4-лімфоцитів, що підвищує ризик розвитку інфекцій та інших ускладнень під час анестезії. Знижений імунітет у цих дітей вимагає додаткових заходів щодо профілактики інфекцій. Анестезіолог повинен враховувати потенційний ризик інфекційних ускладнень та підготувати план для профілактики. Одночасно важливо враховувати антиретровірусну терапію, яка може взаємодіяти з препаратами, знижуючи їх ефективність або посилюючи токсичність. Наприклад, інгібітори протеази можуть подовжити період дії препаратів, таких як пропофол або кетамін, в той час як неінгібітори можуть прискорити їх виведення. Важливо враховувати цю взаємодію при плануванні анестезії та дозуванні лікарських засобів [5, 1].

Анестезіологічний супровід дітей з ВІЛ має кілька особливостей. Однією з найбільших складнощів є забезпечення належної вентиляції, оскільки діти з ВІЛ можуть страждати від респіраторних захворювань, таких як пневмонія, що може ускладнити інтубацію і вентиляцію. Важливо також використовувати препарати, які мають мінімальний вплив на функцію серцево-судинної системи, оскільки у дітей з ВІЛ може бути порушення серцево-судинної функції.

При виборі анестезії зазвичай застосовують мультимодальну анальгезію, що включає використання місцевих анестетиків, гіпнотиків, загальні анестетики, міорелаксанти та опіоїди, а також аналгезії за допомогою нестероїдних протизапальних засобів (НПЗП). Вибір методів анестезії має враховувати наявність супутніх захворювань, таких як пневмонія, енцефалопатія, паропрактит, лімфоденіт, кахексія, туберкульоз, серцеві порушення тощо. Важливо зазначити, що згідно з останніми протоколами, пріоритет надається регіонарній анестезії у випадках, де це можливо [5]. Також особливу увагу необхідно приділяти профілактиці інфекційних ускладнень, оскільки у ВІЛ-позитивних дітей ризик розвитку післяопераційних інфекцій у 3-5 разів вищий, ніж у здорових пацієнтів [1].

Післяопераційний період у дітей з ВІЛ потребує особливої уваги, оскільки ці пацієнти можуть мати підвищений ризик ускладнень, таких як гіпоксія, інфекції та порушення функції органів. Крім того, для післяопераційного знеболювання можуть використовуватися сильніші анальгезуючі засоби, але треба враховувати можливі побічні ефекти взаємодії з антиретровірусними препаратами [2, 3].

Невід’ємною частиною роботи з такими пацієнтами є психологічний супровід. Діти з ВІЛ, як правило, переживають значний стрес і тривогу через свою хворобу, а також через можливі стереотипи та стигматизацію, з якою вони можуть стикатися. Підготовка дитини повинна включати пояснення процесу анестезії та операції на доступному для неї рівні, може бути в ігровій формі, що дозволить зменшити рівень тривоги та забезпечити психологічний комфорт. Важливо розуміти, що основну ланку з психологічної підтримки займає саме анестезіолог, проте, якщо є можливість, варто залучити також дитячого психолога для кращого контролю стану дитини.

**Дослідження.** Для кращого розуміння та аналізу було проведено дослідження на картах психологічного супроводу таких пацієнтів:

*Перший пацієнт:* Богдан, 13 років. Був загальний наркоз 16.01.2025 для проведення фіброезофагогастродуоденоскопії. Об’єктивний психологічний статус: дитина контактна, настрій позитивний. План обстеження: Шкала оцінки тривоги та депресії (HADS), методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, методика «Квадрати Вартегга», аналіз малюнків «Моя сім’я» та «Людина під дощем». Результати обстеження: Ознаки тривожності та депресії відсутні. Стосунки в родині довірливі. Самооцінка збережена. Заключення: Ознаки виснаження. Порушення сну. Данні щодо анестезіологічного супроводу (зі слів дитини): «Перед першим наркозом було страшно, бо було відчуття невідомості, попри те, що лікарі все пояснили. Після наркозу ніяких змін не помітив. Наступний наркоз переніс добре, змін в настрої чи страху не було».

*Другий пацієнт:* Софія, 11 років. Був проведений загальний наркоз для проведення бронхоскопії. Об’єктивний психологічний статус: дитина доступна контакту, на питання відповідає змісту розмови. План обстеження: Шкала оцінки тривоги та депресії (HADS), методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, методика «Квадрати Вартегга», аналіз малюнків «Моя сім’я» та «Людина під дощем». Результати обстеження: дитина емоційно позитивна, чутлива. Ознаки тривожності та депресії відсутні. Самооцінка збережена. Данні щодо анестезіологічного супроводу (зі слів дитини): «Перед наркозом був страх, але після пояснення лікарів (в ігровій формі) я заспокоїлась. Після процедури я нервувала, була розгублена. Перед наступним разом я знову нервувала, проте лікарі знову все пояснювали та підтримували мене, що значно мені допомагало».

*Третій пацієнт:* Максим, 11 років. Був проведений загальний наркоз для проведення МРТ дослідження. Об’єктивний психологічний статус: дитина доступна контакту, на питання відповідає змісту розмови. План обстеження: Шкала оцінки тривоги та депресії (HADS), методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, методика «Квадрати Вартегга», аналіз малюнків «Моя сім’я» та «Людина під дощем». Результати обстеження: дитина доступна контакту. Результати обстеження: дитина емоційно позитивна, чутлива. Ознаки тривожності та депресії відсутні. Самооцінка збережена. Має когнітивні порушення. Данні щодо анестезіологічного супроводу (зі слів дитини): «Я не боявся наркозу, лікарі мені все показали і пояснили. Після процедури страху теж не було».

**Результати та їх обговорення.** Після аналізу історій хвороб та карт психологічного супроводу трьох вищезазначених пацієнтів, можна зробити висновки: 1) кожна дитина унікальна та має різний спектр емоцій, психологічний стан може відрізнятись. Що може запевнити в тому, що підхід психологічної підтримки та пояснення процесу проведення загальної анестезії має бути різний для кожного пацієнта. 2) важливо пам’ятати, що психологічна підтримка дитини, має бути не лише перед проведенням процедури, а і після. Крім того робота з психологом також обов’язкова частина всього процесу. 3) Для підтримки позитивного емоційного стану дитини можуть бути залучені не лише лікарі, а й батьки. Особливо, якщо в родині теплі та довірливі стосунки.

**Висновки.** Таким чином, анестезіологічне забезпечення дітей з ВІЛ вимагає мультидисциплінарного підходу, враховуючи не лише фізичний, але й психологічний стан пацієнта. Сучасні дослідження підкреслюють важливість індивідуального підбору анестезії та моніторингу, врахування можливих взаємодій лікарських засобів та високого ризику інфекційних ускладнень. Для успішного післяопераційного ведення таких пацієнтів необхідно забезпечити належний рівень анестезії, знеболювання та інфекційного контролю. Оптимізація анестезіологічних схем та впровадження ефективних методик психологічного супроводу дозволить значно покращити результати лікування дітей з ВІЛ-інфекцією, зменшити частоту післяопераційних ускладнень та забезпечити якісну реабілітацію.

**Список використаних джерел:**

1. Lichtenstein, K. A., et al. (2019). HIV and Surgery in Children: Special Considerations for Anesthesia and Postoperative Care. The Pediatric Infectious Disease Journal, 38(3), 15-22.
2. Thomas, D. M., & Mathur, M. (2020). Psychosocial Aspects of HIV Infection in Pediatric Anesthesia: Challenges and Management. Journal of Pediatric Psychology, 42(5), 1123-1134.
3. Fitzpatrick, E. A., & Collins, P. H. (2017). Managing HIV Positive Children in Surgery: The Role of Psychological Support and Aesthetic Care. Pediatric Surgery International, 33(12), 1315-1320.
4. WHO Guidelines on HIV and Surgery in Children, 2020.
5. Smith et al. "Anesthesia in Pediatric HIV Patients," Anesthesia & Analgesia, 2021.

## **МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННЯ АВМ ОБЛИЧЧЯ ВИСОКОГО РИЗИКУ**

# **Старунська Є.В**1, **Бензар І.М.**2

*Кафедра дитячої хірургії Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

*1Лікар-хірург дитячий ВЕМД НДСЛ «ОХМАТДИТ»*

*2Науковий керівник: д.мед.н., професор, професор кафедри дитячої хірургії Національний медичний університет імені О.О.Богомольця Бензар Ірина Миколаївна*

**Актуальність:** артеріовенозні мальформації (АВМ) обличчя є рідкісними, але складними патологіями, які мають високий ризик прогресування та рецидивів. АВМ — це вроджені ураження, що вражають 1:100 000 пацієнтів. Висока ймовірність ускладнень, зокрема масивних кровотеч, обумовлює необхідність пошуку нових підходів до діагностики та комбінованого лікування АВМ. Даний клінічний випадок демонструє особливості лікування пацієнта з АВМ м’яких тканин обличчя та верхньої щелепи, підкреслюючи важливість мультидисциплінарного підходу.

**Вступ:** артеріовенозна мальформація - це аномальне з’єднання між артеріальними та венозними судинами без проміжних капілярних структур.Екстракраніальні АВМ найчастіше вражають область голови та шиї (47,4%). Артеріовенозна мальформація клінічно не є статичним ураженням, вона прогресує з часом і має високу частоту рецидивів після лікування. Захворювання має хронічний прогресуючий перебіг, що супроводжується косметичними дефектами, функціональними порушеннями та загрозливими для життя ускладненнями, такими як кровотечі. Це обумовлює важливість вчасної діагностики та розробки сучасних підходів до лікування.

**Об’єкт дослідження:** пацієнт з АВМ м’яких тканин обличчя та верхньої щелепи.

**Предмет дослідження:** АВМ обличчя, клінічні прояви, ускладнення, лікування.

**Мета:** оцінити результат мульдисцилінарного підходу у лікуванні екстракраніальної АВМлицевої ділянкивисокого ризику в плані довготривалого контролю симптомів та профілактики ускладнень.

**Опис випадку.** Пацієнт М., віком 4 роки, хворіє з народження, постнатально відмічалася пульсуюча маса в ділянці верхньої губи та щоки. Вперше у віці 4 місяців госпіталізований до НДСЛ «ОХМАТДИТ» для обстеження. Встановлено діагноз АВМ м’яких тканин обличчя та верхньої щелепи за даними МР-ангіографії. Протягом 2021–2023 рр. проведено п’ять курсів суперселективної емболізації із застосуванням спіралей та емболів діаметром 500-700 мікрон. Після чого вдалося досягти тимчасового клінічного покращення. Прогресування захворювання відмічено у квітні 2023 року, на тлі випадіння молочного зуба, виникла профузна кровотеча з лунки зуба. Виконано КТ ангіографію, виявлено поширення АВМ на верхню щелепу, що спричинило руйнування її структури. Проведено селективну ангіографію, деталізовано ангіоархітектоніку, та встановлено, що привідні гілки від зовнішніх сонних артерій успішно емболізовані, основне живлення мальформації здійснює а.ophtalmica з басейну внутрішньої сонної артерії.

Враховуючи високий ризик втрати зору та внутрішньочерепних ускладнень в ході ендоваскулярного доступу через басейн внутрішньої сонної артерії, повторну емболізацію вирішено не проводити.

У червні 2023 року виконано мультиагентну склеротерапію з використанням чистого етанолу, гістоакрилового клею та Блеоміцину. Післяопераційний період показав часткове заповнення мальформації, але у липні 2023 року стався рецидив кровотечі. 25 липня 2023 року проведена повторна склеротерапія з підвищенням дози гістоакрилу та етанолу дозволила досягти контролю над кровотечею. Також у терапію було включено таргетний препарат - інгібітор мітогенної протеїнкінази у дозі 0,5 мг/день, що стабілізувало стан пацієнта.

**Висновки.** Мультидисциплінарний підхід у лікуванні АВМ м`яких тканини обличчя, верхньої щелепи з використанням етапної суперселективної емболізації, мультиагентного склерозування та консервативної таргетної терапії дозволило досягти контролю кровотечі та тривалої стабілізації АВМ високого ризику.

**Список використаних джерел:**

1. Bouwman, F. C., Verhoeven, B. H., Klein, W. M., Schultze Kool, L. J., & de Blaauw, I. (2024). Congenital Vascular Malformations in Children: From Historical Perspective to a Multidisciplinary Approach in the Modern Era—A Comprehensive Review. *Children*, *11*(5), 567.
2. Dal Cortivo, F., Diallo, R., Preudhomme, R., Coulibaly, A., Salami, A., & Benateau, H. (2022). Exclusive surgical approach for facial arteriovenous malformations in precarious conditions. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, *123*(5), e549-e555.
3. Govindarajan, V., Burks, J. D., Luther, E. M., Thompson, J. W., & Starke, R. M. (2021). Medical adjuvants in the treatment of surgically refractory arteriovenous malformations of the head and face: case report and review of literature. Cerebrovascular Diseases, 50(5), 493-499.
4. Schimmel, K., Ali, M. K., Tan, S. Y., Teng, J., Do, H. M., Steinberg, G. K., Stevenson, D. A., & Spiekerkoetter, E. (2021). Arteriovenous Malformations – Current Understanding of the Pathogenesis with Implications for Treatment. International Journal of Molecular Sciences*,*22(16), 9037.

## **ОКРЕМІ ПИТАННЯ, ПОВ’ЯЗАНІ З АМЕЛОГЕНЕЗОМ**

# **Федянович К.Д.**1, **Кондаурова А.Ю.**2

1 студент 1 курсу стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2 Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент кафедри гістології та ембріології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Емаль - найміцніша тканина людського організму. Звісно, такі властивості зумовлені типом харчування людини: для різання, жування та перетирання необхідні сильні зуби, що не зламаються під тиском один одного.

**Постановка задачі.** Розвиток емалі (амелогенез) — захоплюючий та досить складний процес. Його розуміння надає можливість гістохімічно обґрунтувати її властивості та будову, тож в цій роботі планується висвітлити окремі питання, пов’язані з амелогенезом за допомогою теоретичного аналізу і узагальнення науково-методичної літератури вітчизняних та іноземних авторів.

**Основний матеріал.** Зародження емалі загалом можна поділити на 3 фази: пресекреторну, секреторну та фазу дозрівання.

Пресекреторна фаза починається на 6-8 тижнях ембріогенезу, коли на обох щелепах, у вигляді дуг, формуються щічно-губні пластинки, а більш дистально, в перпендикулярному напрямку відносно них — зубні пластинки. Пізніше, на них формуються потовщення клітин, які звуться зубними бруньками і передують утворенню емалевих органів. На 3 місяці, клітини цих органів проліферують і розшаровуються на 3 прошарки: зовнішній, проміжний та внутрішній. В певний момент, внаслідок синтетичної активності одонтобластів, припиняється трофіка останнього, і стається перепланування структури його клітин: вони видовжуються, ядра перміщуються ближче до базального полюса, а мітохондрії, ендоплазматичний ретикулум та комплекс Гольджі — в напрямку апікального [1].

На 4 місяці, настає секреторна фаза амелогенезу. Енамелобласти починають продукувати унікальні білки, які є складовими органічного матриксу незрілої емалі. Загалом ці протеїни поділяють на амелогеніни (90%) та неамелогеніни (10%). Амелогеніни — надзвичайно важливі компоненти матриксу: за своєю природою, вони є гідрофобними, мають властивість змінювати структуру залежно від температури (при 4°С — прозорі, при кімнатній температурі — непрозорі, білястого кольору), консистенцією схожі до коацервату (густий колоїд), а також, що дуже важливо, здатні формувати наноструктури, що забезпечують каркас емалі при звапнуванні матриксу, визначаючи ширину та товщину кристалів апатиту. Неамелогеніни включають тафтелін, амелобластин та енамелін, що є найбільшим білком органічного матриксу та грає ключову роль у кальцифікації і формуванні кристалів апатиту [2, 3].

Важливо розуміти, як саме енамелобласти розташовані відносно емалі. Секреція матриксу можлива тільки з апікального полюсу клітин, отже вони своїми апікальним частинами прилягають до емалі, а базальними — обернені в протилежному напрямку. Також, сам синтез матриксу відбувається неоднаково: перший шар емалі, покладений на щойно сформований дентин, мінералізується миттєво та не має стрижнів. А от наступний шар має чіткі особливості морфології. На початку його утворення, у енамелобластів змінюється будова і з’являється відросток Томса, який має проксимальну та дистальну частини. Матрикс, що його секретує проксимальна частина, огортає той, який синтезує дистальна. Органічний секрет дистальної частки відростка, таким чином, називають ‘стрижнем’, а проксимальної — «міжстрижневою емаллю». Поступово, по мірі того, як енамелобласти віддаляються від первинного шару емалі, відростки Томса потоншуються, видовжуються і нарешті редукуються. Місця, де вони залягали, не залишаються пустими надовго: між ними утворюються прожилки органічної матерії, яка формує «емалеву піхву». Секреторна фаза завершується синтезом останнього тонкого шару емалі, що нагадує первинний, адже він є безстрижневим і моментально мінералізується [1].

Наступну фазу дозрівання знаменує флуктуація характеристик та кількості енамелобластів: зменшуються їхні висота та об’єм, а 25% клітин взагалі гинуть шляхом апоптозу. Вона також розкриває унікальний потенціал енамелобластів до циклічних, колективних змін фенотипу, а саме модуляції — процесу множинних почергових перебудов рельєфу власного апікального полюсу. Фактично, частина енамелобластів надає своїй плазмалемі «хвилястого» вигляду; цікаво, що зміни в клітинах цим не обмежуються: на додачу, між частками сусідніх енамелобластів виникають слабкі та міцні контакти: у «хвилястих» енамелобластів — дуже міцні щільні контакти між апікальними частками та слабкі контакти між базальними, а у «гладких» — навпаки. Такі структурні корективи є безперечними перевагами, пов’язаними з природою цього етапу амелогенезу. Функцією «хвилястих» енамелобластів є продукція ензимів, які руйнують молекули органічного матриксу. До таких відносять лізосомальні гідролітичні ферменти, металопротеїнази тощо. Вони також виділяють Са²+–зв’язуючи протеїни та Са²+-АТФ-азу, що сприяють звапнуванню. Одночасно, «гладкі» енамелобласти виконують власну роботу — поглинання зруйнованих молекул матриксу, і, до речі, роблять це дуже ефективно, адже слабкі контакти між апікальними частками збільшують площу поглинання. Детальна та дисциплінована кооперація клітин емалі забезпечує мінералізацію наноструктур, заздалегідь закладених амелогенінами та здебільшого енамеліном, та формуванню кристалів апатиту.

Для вже мінералізованої емалі (96%, вік 8-10 років) в якості структурно-функціональної одиниці використовують термін «емалева призма». Кожна така призма — це стрижень та міжстрижнева емаль, синтезовані одним енамелобластом. Між призмами, як раніше вже згадувалося, існують проміжки, схожі на жилки, заповнені органічними речовинами, які формують емалеву піхву. Ці жилки на мікрофотографіях є суттєво світлішими за емалеві призми: явище такого контрасту називається «лініями Шрегера».

Кордоном між зрілою емаллю та дентином слугує емалево-дентинна межа. Вона складається з колагену І типу, фосфорильованих та нефосфорильованих білків. До фосфорильованих належать так звані SIBLING-протеїни — в цьому випадку, дентинні сіало- та фосфопротеїн [4] —, які є аніонними, багатими на фосфосерин та аспарагінову кислоту.

Також, на вже зрілій емалі присутні «лінії Ретціуса», що утворюються під час амелобластної травми (наприклад, пологів, що викликає створення «неонатальної лінії Ретціуса») і характеризуються неправильною структурою кристалів емалі.

**Висновок.** Знання періодизації й особливостей розвитку емалі має першочергове значення для визначення характеру порушень та подальшого лікування патологічних процесів, а також розуміння логіки сучасних методів лікування, адже воно на клітинному рівні, нагально демонструє, чому ця тканина має саме такі будову та функції.

**Список використаних джерел:**

1. Widbiller M, Rothmaier C, Saliter D, Wölflick M, Rosendahl A, Buchalla W, Schmalz G, Spruss T, Galler KM. Histology of human teeth: Standard and specific staining methods revisited, Archives of Oral Biology. 2021;127:105136. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2021.105136>
2. Pandya M, Diekwisch TGH. Amelogenesis: Transformation of a protein-mineral matrix into tooth enamel. Journal of structural biology. 2021;213(4): 107809. <https://doi.org/10.1016/j.jsb.2021.107809>
3. Bartlett JD, Smith CE, Hu Y, Ikeda A, Strauss M, Liang T, Hsu YH, Trout AH, McComb DW, Freeman RC, Simmer JP, Hu JC. MMP20-generated amelogenin cleavage products prevent formation of fan-shaped enamel malformations. Scientific reports. 2021;11(1):10570. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90005-z>
4. Minetti E, Palermo A, Malcangi G, Inchingolo AD, Mancini A, Dipalma G, Inchingolo F, Patano A, Inchingolo AM. Dentin, Dentin Graft, and Bone Graft: Microscopic and Spectroscopic Analysis. J Funct Biomater. 2023 May 13;14(5):272. doi: 10.3390/jfb14050272.

## **THE ROLE OF AMINO ACIDS IN MYOCARDIAL METABOLISM AND THE POSSIBILITY OF ELIMINATING ARRHYTMIAS AND ISCHEMIA**

# **Fadila Obeid**1**, Yuliia Bielikova**2

1 Student of 4th course group 11603ma faculty of training of foreign citizens Bogomolets National Medical University

2 Scientific supervisor :PhD, associate professor of the department of internal medicine Bogomolets National Medical University

**Relevance.** Elimination of arrhythmia, atrial and/or ventricular, rarely acts as a independent clinical tasks. Influence on course main disease and on accompanying pathology in preferred majority cases there are pledge success treatment arrhythmias. Because at the base mechanism emergence arrhythmias on the background previous heart attack lies ischemia myocardium, in treatment arrhythmias separate сases belongs to elimination this one ischemia. In modern anti-ischemic therapy is widely known metabolic concept, which provides normalization oxidizing processes and, as a result, an increase efficiency using oxygen under influence drugs that​ improve blood circulation in the coronary arteries arteries or in some way, they affect metabolism in cardiomyocytes. Among such drugs, the role of amino acids (AA) is widely studied.

**Problem statement.** To study the role of AA in the normal functioning of the myocardium and the mechanisms of antiarrhythmic and antiischemic action of amino acids in the heart previously affected by infarction based on the analysis of literature data.

**Main material.** The exchange of AA in coronary artery disease has been studied since the early fifties of the 20th century. Under experimental conditions, a pronounced decrease in the spectrum of free AA in the blood was observed in the area of MI developed in dogs after coronary artery compression. With severe, progressive cardiosclerosis, the content of natural AA in the myocardium increased, which was later established in the clinic in patients with coronary artery disease, and the degree of increase in AA levels varied depending on the clinical forms of coronary atherosclerosis (angina pectoris of different functional classes, myocardial infarction) [1].

Physiological transport of AA through the cell membrane is accompanied by the so-called competitive inhibition for entry into the cell. The latter is realized as a result of competition of AA for specific transport systems-carriers and is the cause of disruption of the normal supply of AA to tissues, which underlies pathological conditions and is the point of application of the action of drugs [2].

AA are organic heterofunctional compounds that contain two functional groups – a carboxyl group, which determines the acidic properties of amino acids, and an amino group, which determines their basic properties. Therefore, AA are amphoteric organic compounds, and therefore in living organisms they perform the function of buffer substances that maintain the normal concentration of hydrogen ions [3].

The vast majority of proteins in living organisms consist of a combination of 19 so-called primary AAs, i.e. those that have a primary amino group, and one secondary AA – proline. These AAs are natural (standard, proteinogenic). In addition, there are other AAs in living organisms that perform various functions and are part of specific proteins [4].

According to the features of the chemical structure, AAs are usually divided into aliphatic, aromatic and heterocyclic. Aliphatic AAs contain several functional groups in their composition, which determine the special properties of these AAs: amide, hydroxyl, guanidine, thiol, carboxyl, amino group. Aromatic AAs consist of mesomeric stabilized cycles, heterocyclic AAs, along with carbon, also contain atoms of other elements [1, 3].

According to the carbon atom to which the amino group is attached in AA, they are usually divided into α -, ß -, γ -, etc. The α -carbon atom is the atom near which the amino group is located. These AA are called α -amino acids, and their polyamides are peptides. Proteinogenic AA are α -amino acids. If the amino group is attached to the ß-carbon atom, it is called a ß-amino acid, etc. by analogy [2, 5].

In the biosynthesis of protein in living organisms, 20 AAs are involved. Some AAs are synthesized in the liver. Other AAs must enter the body through the alimentary route (essential AAs), in particular isoleucine, leucine, tryptophan, threonine, phenylalanine, histidine, lysine. Replaceable AAs include alanine, cysteine, glutamic acid, glutamine, taurine, ornithine, proline, serine, arginine, asparagine, and aspartic acid [5].

AA is a structural component of proteins of a living organism. The unique biological functions of AA contribute to the normal functioning and development of the human body. Protein synthesis, metabolism, and plastic properties of AA ensure the optimal course of most chemical reactions of a living organism. AA consist of almost 20% nitrogen, which is the main difference between these organic compounds and fats and carbohydrates.

AA are part of neurotransmitters, and therefore are necessary for ensuring normal brain function and transmission of nerve impulses, contribute to the regeneration of body tissues, the full functioning of vitamins and minerals, and participate in the destruction of cholesterol, lipolysis, the development of muscle fibers, and collagen synthesis [5].

AA are the most valuable among other nutrients, since their intake into the body ensures the further synthesis of body proteins, each of which is unique and performs its specific function. In the case of a shortage or absence of a certain indispensable AA, the process of protein synthesis stops. As a result, various pathological conditions develop.

However, even with adequate nutrition, an imbalance of AA can occur in a living organism. In particular, in injuries, stress, malabsorption syndrome, infections, anemia, diabetes, ischemic heart disease. AA take part in the main biochemical process of aerobic living organisms - the Krebs cycle. The tricarboxylic acid cycle is important not only in the energy aspect, but also in the plastic aspect, since it is a source of molecules from which fatty acids, carbohydrates, etc. are subsequently formed.

To date, a significant amount of data has been accumulated on the cardioprotective properties of AC. However, the ways in which AC is included in the processes of energy metabolism, which provide adaptive mechanisms in the myocardium under conditions of ischemia, remain poorly understood.

Recent studies suggest the possibility of increased intensive incorporation of AA into metabolic processes in myocardial cells in patients with coronary artery disease. AA are metabolized in the heart under normal physiological conditions, but it is in conditions of ischemia, both acute and chronic, that an intensification of AA consumption by cardiomyocytes is observed. These mechanisms require further study [4].

The metabolism of all AAs is closely related to the normal functioning of myocardial cells.

Arginine is a non-essential aliphatic α-amino acid. L-arginine is found in many food products of plant and animal origin, dairy products, meat, flour, gelatin, nuts. Arginine is a substrate in the synthesis of nitric oxide, which has multiple effects: vasodilating, anti-inflammatory, angiogenetic. The membrane-stabilizing and antioxidant properties of L-arginine have been described, which are due to several mechanisms. First, this AA inhibits the formation of free radicals through NO-regulatory mechanisms. Second, L-arginine has the ability to bind oxygen and hydroxyl radicals, thus inhibiting the processes of lipid peroxidation. Third, this AA promotes the activation of glutathione peroxidase. The latter stimulates detoxification processes in relation to oxidized lipids, which is especially important in the context of the fact that lipid metabolism disorders play a leading role in the pathogenesis of coronary heart disease [2, 4].

Glycine is a substitute aliphatic AA. Glycine is a well-known nootropic agent. It is found in walnuts, peanuts, eggs, and gelatin. The membrane-stabilizing effect of glycine on myocardial cells is explained by the inhibition of calcium transport. Glycine receptors have been found in cardiomyocytes, leukocytes, and endothelial cells. It has been suggested that the use of glycine in acute myocardial ischemia reduces the area of damage [3].

Branched side chain amino acids include leucine, isoleucine, and valine. These are proteinogenic amino acids that have a branched aliphatic side chain structure chain. These AAs are indispensable, they are contained in soy products, meat, mushrooms, grains, dairy products. Leucine, isoleucine, valine contribute to mitochondrial synthesis in cardiomyocytes, which has been proven in experimental conditions. AAs with a branched side chain are the main source of nitrogen for the synthesis of alanine and glycine in muscles. It has been proven that a diet with an increased content of AAs with a branched side chain increases the survival of mice in experimental conditions due to improved functional activity of the myocardium. The antiarrhythmic and antihypertensive effects of these AAs have also been described [3].

Alanine is a substituted aliphatic AA found in dairy and meat products, eggs. It is formed from AA with a branched side chain. Alanine is a known immunoprotector. This AA is easily metabolized to glucose in the liver. This process is called the glucose-alanine cycle and is an important pathway of gluconeogenesis. Alanine is a catalyst for the reaction of α-ketoglutaric acid conversion to ketoacids.

Phenylalanine is an aromatic α-amino acid. This AA has the property of being converted into tyrosine, an amino acid that is a substrate for the neurotransmitter dopamine. Phenylalanine is found in significant quantities in dairy and meat products, nuts, eggs, and soy products. Phenylalanine and tyrosine are known agents that have a strengthening effect on the walls of blood vessels, antioxidant and immunoprotective properties.

Methionine is a non-essential aliphatic sulfur-containing amino acid. Dietary sources of methionine are oats, wheat, buckwheat, peanuts, beans, almonds, corn, meat, eggs, fish. Methionine is a methyl group donor, which is important in the synthesis of choline, adrenaline, cysteine, L-carnitine. An important role of the latter is the function of a carrier in the reactions of acetyl-CoA synthesis from fatty acids. Carnitine stimulates lipolysis processes, helps maintain optimal levels of cholesterol and triglycerides. It has been proven that carnitine has a positive effect in the treatment of coronary heart disease. In experimental conditions, it has been proven that bolus administration of carnitine during myocardial infarction helps reduce the area of necrotic myocardial damage, reduces the likelihood of potentially lethal cardiac arrhythmias. Methionine takes part in the metabolism of carbohydrates, AA and fats, and helps activate the antioxidant system. Methionine is an important substrate – a precursor of cysteine, taurine, and tripeptidylglutathione, and is involved in insulin synthesis [5].

Taurine is a non-essential sulfur-containing amino acid synthesized in vivo from another amino acid, cysteine. Dietary sources of taurine are dairy products, red and white meat, and white fish. Taurine plays a special role compared to other amino acids in the normal functioning of the myocardium. Cardiomyocytes are very sensitive to taurine deficiency, which has been proven in experimental conditions. In the amino acid composition of the myocardium, taurine accounts for more than 50% of the total content of AA in cardiomyocytes.

Taurine has been shown to have positive isotropic and cardiotonic effects in patients with heart failure. The activity of taurine synthesis in vivo depends on both its dietary intake and the amount of methionine in the body.

Taurine is acylated by bile acids and forms conjugates with them in the liver, which is necessary for emulsification of fats in the intestine. Thus, taurine contributes to the normal catabolism of fat-soluble vitamins, fats and maintenance of optimal blood cholesterol levels. The antiarrhythmic effect of taurine is explained by the prevention of potassium excretion from cardiomyocytes.

It has been proven that the systemic effect of taurine is manifested by pleiotropic effects, including cardiotonic, metabolic, and hypotensive.

**Conclusions.** Amino acids contribute to the normalization of oxidative processes and, as a result, to an increase in the efficiency of oxygen use in the myocardium due to the effect on metabolism in cardiomyocytes, which corresponds to the modern anti-ischemic concept of arrhythmia treatment and can be used as an additional therapy in the treatment of arrhythmias.

**References :**

1. Wang, SJ., Liu, BR., Zhang, F. *та ін.* Метаболоміка амінокислот диференціює інфаркт міокарда від странгуляційної смерті на моделях мишей. *Sci Rep***13** , 14999 (2023). https://doi.org/10.1038/s41598-023-41819-6
2. Wang XP, Yan D, Jin XP, Zhang WY, Shi T, Wang X, Song W, Xiong X, Guo D, Chen S. The role of amino acid metabolism alterations in acute ischemic stroke: From mechanism to application. Pharmacol Res. 2024 Sep;207:107313. doi: 10.1016/j.phrs.2024.107313. Epub 2024 Jul 17. PMID: 39025169. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661824002585>
3. Tong TYN, Clarke R, Schmidt JA, Huybrechts I, Noor U, et al. Dietary amino acids and risk of stroke subtypes: a prospective analysis of 356,000 participants in seven European countries. Eur J Nutr. 2024 Feb;63(1):209-220. doi: 10.1007/s00394-023-03251-4
4. Drake KJ, Sidorov VY, McGuinness OP, Wasserman DH, Wikswo JP. Amino acids as metabolic substrates during cardiac ischemia. Exp Biol Med (Maywood). 2012 Dec;237(12):1369-78. doi: 10.1258/ebm.2012.012025.
5. Madsen TE, Liu S. Amino acid neurotransmitters and prognosis after stroke: nutrition as a modifiable factor to improve stroke outcomes. Am J Clin Nutr. 2023 Oct;118(4):737-738. doi: 10.1016/j.ajcnut.2023.07.022.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ НА НПЗП**

# **Цидиленко Д.Д.**1, **Прохорова М.П.**2

1Студентка 5 курсу 2 медичного факультету Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Науковий керівник: д-р мед. наук, проф., кафедра педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Вступ.** Медикаментозна алергія є патологічною реакцією на лікарські препарати, в основі якої лежать імунологічні механізми. За даними Міністерства охорони здоров’я 93 % медичних препаратів є потенційними алергенами, які містять в своєму складі хоча б один інгредієнт, який викликає алергічні реакції з різними клінічними проявами. До лікаря алерголога звертаються 2-7% населення щороку з медикаментозною алергією. Поширеність ПРЛЗ серед дітей складає 50 % амбулаторних пацієнтів і 35 % - хворих, які зверталися за невідкладною медичною допомогою, у 12,3% випадків спостерігалися тяжкі реакції [1].

Другі за частотою (від 0,32 до 21%) спричинення алергічних реакцій у дітей є НПЗП  препарати. Найвищий ризик розвитку шкірних реакцій на введення НПЗП виявлено у дітей з атопією. Найбільш поширені прояви алергії на НПЗП у дітей це шкірні та респіраторні реакції [1].

Факторами ризику формування МА у дітей є такі алергічні захворювання як : атопічний дерматит, кропив‘янка, бронхіальна астма також пацієнти з гострою респіраторною вірусною інфекцією, у яких є схильність до алергії та інфіковані вірусами простого герпесу. НПЗП широко використовуються у дітей для контролю температури, запальних процесах, купування больового синдрому. Поширеність МГ до НПЗП у дітей становить 0,6–5,7 % [2]. Серед поширених клінічних проявів МА виділяють: місцеві реакції: ураження шкіри, дихальних шляхів, органів крові та кровотоку, внутрішніх органів; системні реакції: лихоманка, васкуліт, кропив’янка, цитопенії, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лайєлла, DRESS-синдром, сироваткова хвороба; анафілаксія зі швидким та небезпечним для життя порушенням кровотоку й дихання, ураженням слизової оболонки та шкіри. У пацієнта можуть виникати свербіж, висипання на шкірі, набряки, лихоманка, утруднене дихання, зниження тиску, порушення мікроциркуляції, інші небезпечні для здоров’я та життя симптоми медикаментозної алергії.

**Мета роботи:** клінічний випадок медикаментозної алергії на НПЗП у хворого з бронхіальною астмою.

**Основний матеріал:** хворий Андрій,16 років поступив в педіатричне відділення №2 26.12.24р. з скаргами на утруднене носове дихання, кашель сухий, задишку при фізичному навантаженні по направленню військомата для уточнення діагнозу. В анамнезі – бронхіальна астма з 2013 р. Отримує фліксотид тривалий період в дозі 125 мкг 2 р. на добу. Загострення БА спостерігається з квітня по жовтень. Потреба у БАКД 1 раз в тиждень (сальбутамол). Не вживає селеру, горіхи і рибу. На парацетамол шкірна реакція в анамнезі.

Дані об‘єктивного обстеження : Стан відносно задовільний при госпіталізації. Шкіра суха, висипів немає. Слизові чисті, рожеві. Носове дихання незначно утруднене. В легенях жорстке дихання, хрипи не вислуховуються. 28.12.24 відмічалось підвищення до 38,5 С. Мама дала парацетамол і мефенамінову кислоту. У хлопчика з‘явились висипання у вигляді еритиматозних плям на шкірі тулуба, кінцівок, губи, повіки, статевих органів. Поодинокі пухирі на бокових поверхнях стегон та спині, що лопаються з утворенням ерозій. Консультований заввідділенням інтенсивної терапії стан дитини важкий за рахунок проявів інтоксикаційного синдрому, токсикодермії.

Загальний аналіз крові: HGB – 158 г/л, RBC 5,02 Т/л, НCТ 44,6 %, МСН30,8 пг, МСV 88,8 fL, MCHC 347 г/л, RDW12,3 %, PLT 236 Г/л, WBC 12,6 Г/л, п/я 12, с/я 91, еозин.0, лімф.5, моноц.2, ШОЕ 5 мм/год.

Загальний аналіз сечі : кількість -100 мл, питома вага 1010, рН 7,5, білок –н/в, ацетон –н/в, лейкоцити - 2- 4 в п.з., еритр.- н/в, солі – урати, слиз – н/в, бакт.- н/в.

Біохімічний аналіз крові : Білірубін загальний -9 мкмоль/л, прямий -2 мкмоль/л, непрямий -7 мкмоль/л, АлАТ - 8,7 Од/л, АсАТ 19,7 Од/л, сечовина - 4,45 ммоль/л, креатинін -78 мкмоль/л, СРБ - 6,87мг/л, АСЛО-108 Од, ревматоїдний фактор ≤12 МО/мл, прокальцитонін – негативний, глюкоза - 4,24. ТТГ (тиреотропін)-0,96mVE/мл,Т3 (трийодтиронін вільний) -2,83 pmol/L, Т4 (тироксин вільний)- 10,33 pmol/L.

Антиген стрептококу групи А від 02.01.25 – негативний. Антиген Грипу А,В, Sarc-CoV- 02.01.25 – негативний.

**Алергообстеження панель Алекс2** (листопад 2024р.) : пилок злаків 4 клас, пилок дерев 4 клас, пилок бур‘янів 2 клас, кліщі 2 клас, латекс 2 клас, харчові продукти (фрукти, овочі, горіхи, яйце, риба, м‘ясо) 2-3 клас.

**Спірометрія** від 27.12.24 р.: Ветиляційних порушень не виявлено.

**УЗД ОЧП** від 31.12.24 р.: Печінка збільшена ПЗР правої долі 128 мм (N -120 мм), контури рівні, ехоструктура однорідна, ехогенність нормальна. Судини печінки N, внутрішньопечінкові жовчні протоки N, холедох N. Жовчний міхур збільшений. Стінка не потовщена, не ущільнена, застій помірний. Підшлункова залоза не збільшена, голівка 20 мм, тіло 11 мм, хвіст 18 мм, контури рівні, структура паренхіми однорідна, ехогеність звичайна. Вірсунгова протока не розширена. Селезінка не збільшена, 108 мм, контури рівні, структура паренхіми однорідна. Сечовий міхур наповнений не повністю, вміст однорідний. Нирки розташовані звичайно, нормальних розмірів (права 114х44 мм, ліва 114х37 мм), контури рівні, паренхіма не змінена, ЧЛС обох нирок не розширена, структура центрального ехокомплексу N. Вільна рідина в черевній порожнині не візуалізується. Мезентеріальні л/в не візуалізуються.

**УЗД ЩЗ** від 27.12.24 р.: Щитоподібна залоза розміщена типово. Ехоструктура однорідна. Об’єм правої долі – 7,2 см3, ліва доля - 6,5см3.додаткових утворень немає. Кровотік не підвищений. Ехогенність нормальна. Капсула не ущільнена.

**ЕКГ** від 27.12.24 р.: Ритм синусовий. ЧСС 75 уд/хв, ЕВС + 98 вертикальна.

Консультація офтальмолога: Фіксована медикаментозна еритема, залучення шкіри повік, дерматит повік.

Діагноз: Медикаментозна алергія на НПЗП. Синдром Стівенса-Джонсона. Бронхіальна астма, середньоважкий персистуючий перебіг, контрольована. Хронічний алергічний риніт, персистуючий, сезонний.

Отримував лікування: інфузійна терапія + дексаметазон у високих дозах з поступовим зниженням, лоратадин, омепразол, фліксотид 125 мкг 2 р. на добу, ріалтріс в ніс, обробка шкіри хлоргексидином, тирозур гель на уражені ділянки, кутівейт крем на всю поверхню ураженої шкіри, на шкіру повік хлоргексидін + леваміколь. На фоні лікування стан дитини покращився, виписаний додому з поліпшенням.

**Висновки:**

1. Пацієнту категорично заборонено вживання нестероїдних протизапальних препаратів (парацетамолу і мефенамінової кислоти). При гіпертермічних станах використовувати фізичні методи охолодження та ібупрофен під наглядом лікаря.

2. Провести визначення алергії на ліки методом активації базофілів (Парацетамол, мефенамінова кислота) або патч – тести на ці препарати.

3. Для базисної терапії призначити комбінацію інгаляційного глюкокортикостероїду (будесоніду) з пролонгованим ß -2 агоністом (формотером) на 6 місяців.

4. Провести АСІТ терапію алергенами дерев і злаків в осінньо- зимовий період.

**Список використаних джерел:**

1. Антипкін ЮГ, Уманець ТР, Лапшин ВФ, Наконечна АА. Діагностика медикаментозної алергії у дітей: чому сьогодні це настільки важливо? Медична газета «Здоров‘я України» Педіатрія. 2018;3(46):10-11.

2. Няньковський СЛ, Няньковська ОС, Яцула МС, Городиловська МІ. Медикаментозна алергія у дітей: що потрібно знати? Здоров’я дитини. 2021;16(1):52-57.

3. Соловйов О. Діагностика і лікування медикаментозної алергії. Медична газета «Здоров‘я України 21 сторіччя». 2021;2.

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ТРИВАЛОСТІ ПАРОКСИЗМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

# **Шараєва М.Л.1, Турчиняк І.І.**2, **Мельничук І.О.**3

1Канд. мед. наук, доцент кафедри внутрішньої медицини №4, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

2Магістрант 6 курсу, медичного факультету №3, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

3Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент кафедри Мельничук І.О., кафедра внутрішньої медицини №4, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Актуальність.** Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним порушенням серцевого ритму, яке значно підвищує ризик тромбоемболічних ускладнень, серцевої недостатності та смертності. У пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) визначення факторів виникнення та тривалості пароксизмів ФП є критично важливим для підбору оптимальної терапії та запобігання рецидивам.

Сучасні дослідження свідчать про вплив кишкового мікробіому на розвиток серцево-судинних захворювань. Зокрема, змінений склад мікрофлори кишківника корелює з підвищеним рівнем запальних маркерів і кардіометаболічних порушень. Запропонований підхід, що базується на аналізі кишкового мікробіому та кардіометаболічних факторів ризику, дозволяє точніше прогнозувати тривалість пароксизму ФП та персоналізувати терапію.

**Постановка задачі.** Метою дослідження є розробка математичної моделі для прогнозування тривалості пароксизму ФП у хворих на ІХС. Об’єктом дослідження є пацієнти з ІХС та ФП, предметом – біохімічні та мікробіологічні показники, що можуть впливати на тривалість аритмічного епізоду.

**Основний матеріал.** Дослідження проведене на базі КНП "Київська міська клінічна лікарня № 12" у 2018-2022 роках. Було обстежено 300 пацієнтів, яких розподілили на три групи:

* **I група** – хворі на ІХС без порушень ритму (n=149);
* **II група** – хворі на ІХС з пароксизмом ФП (n=124);
* **Контрольна група** – пацієнти без ІХС та аритмій (n=27).

**Методи дослідження включали:**

* аналіз мікробіому кишківника методом РНК-секвенування;
* визначення рівня інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у плазмі крові методом ІФА;
* визначення рівня триметиламін-N-оксиду (ТМАО) у плазмі методом газової хроматографії;
* клінічні та електрокардіографічні дослідження.

Побудована математична (статистичний розрахунок лінійної багатофакторної регресії та позитивного кореляційного зв'язку) модель прогнозування тривалості пароксизму ФП:

**Тривалість пароксизму ФП (дні) = 0.68 *Actinobacter Spp. (lg/КУО/мл) – 0.73*Akkermansia Muciniphila (lg/КУО/мл) + 0.6 *ІЛ6 (пг/мл) + 0.34*TMAO (ммоль/л) – 0.98**

Результати показали, що підвищення рівня Actinobacter Spp., ІЛ-6 та ТМАО асоціюється з більш тривалими пароксизмами ФП, тоді як збільшення Akkermansia Muciniphila корелює зі зменшенням їх тривалості. Тривалість пароксизму ФП у пацієнтів з ІХС можна передбачити за вмістом IL-6 та ТМАО у плазмі, а також фекальними Actinobacter Spp. та Akkermansia Muciniphilа таким чином, що для тих пацієнтів, які прогностично мають високу тривалість пароксизму ФП може бути запропонована не медикаментозна, а електрична кардіоверсія, в т.ч. абляція.

**Висновки:**

1. Кишковий мікробіом та кардіометаболічні фактори відіграють важливу роль у патогенезі та перебігу ФП у хворих на ІХС.
2. Визначення рівнів Actinobacter Spp., Akkermansia Muciniphila, ІЛ-6 та ТМАО дозволяє прогнозувати тривалість пароксизму ФП.
3. Запропонована модель прогнозування може бути використана для оптимізації терапії та запобігання рецидивам ФП.

**Список використаних джерел:**

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V ,et al. ; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Sep 29;45(36):3314-3414. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, Boriani G, et al.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021 Feb 1;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
3. Agirman G, Yu KB, Hsiao EY. Signaling inflammation across the gut-brain axis. Science. 2021 Nov 26;374(6571):1087-1092. doi: 10.1126/science.abi6087. Epub 2021 Nov 25

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

# **Шевчук Ю.С.**

Магістрантка 2 курсу Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Вступ.** Широкомасштабне вторгнення в Україну, що розпочалося 24 лютого 2022 року, створює нові виклики та стресові ситуації, які можуть значно вплинути на систему цінностей молоді, у тому числі студентської.Перед війною більшість українських студентів, можливо, мали ціннісні орієнтації більше орієнтовані на особистий розвиток, освіту, кар’єру тощо. Проте умови війни можуть призвести і призводять до переосмислення цих цінностей. Деякі студенти можуть залишитися вірними своїм попереднім цінностям, але з новими аспектами патріотизму та соціальної відповідальності. Інші можуть радикально змінити свої пріоритети, адаптуючись до нових реалій і викликів, які приносить війна.

У даному контексті важливого значення набуває виявлення психологічних особливостей ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни.

Аналіз наукових джерел свідчить, що проблема цінностей і ціннісних орієнтацій є предметом уваги вітчизняних (М.Барчій, О.Воронова, У.Михайлишин, Н.Poдiнa, А. Pepнac, О. Савенко, Ю.Шайгородський, та ін.) і зарубіжних (M.Rokeach, Paul R. Abramson, S. H. Scwartz, O. P. John, B. Rammstedt та ін.) авторів.

Щодо ціннісних орієнтацій молоді та студентства, то вони були об’єктами дослідження Т.Гурлєвої, С.Драча, А.Кабиш-Рибалки, Л.Коберник, О.Коханової, І.Лисенкової, Р. Огінської, Г.Онищенко, С.Сосніхіної, і та інших.

З початком війни науковці розпочали дослідження її впливу на психологічний стан людини, структури свідомості особистості, її поведінку тощо (В.Заболотна, А.Курапов, В. Павленко, О.Дроздов, І. Литовченко, Ю. Лавриш, Л.Карамушка, Т.Карамушка, та ін.).

Однак, незважаючи на досить широкий спектр теoретикo-емпiричних розвідок із проблеми ціннісних орієнтацій, мало дослідженим залишається питання психологічних особливостей ціннісних орієнтацій сучасних українських студентів в умовах війни, що надає актуальності темі даного дослідження.

**Постановка задачі.** Об'єкт дослідження ‒ ціннісні орієнтації особистості. Предмет дослідження ‒ психологічні особливості ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни. Мета ‒ з’ясувати психологічні особливості ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни і розробити рекомендації щодо їх подальших досліджень.

**Основний матеріал.** Для виявлення психологічних особливостей ціннісних орієнтації студентської молоді магістранткою було проведено опитування/тестування, у якому взяло участь 100 студентів денної форми навчання з дванадцяти українських закладів вищої освіти міста Києва, міста Дніпра, міста Одеси і міста Харкова: Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київського національного університету культури і мистецтв, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Київського університету культури, Національного університету харчових технологій, Національної академії внутрішніх справ, Одеського національного університету ім. І.І.Мечнікова, Національного університету «Київський політехнічний університет імені Ігоря Сікорського», Державного університету інформаційно-комп'ютерних технологій, Київського національного лінгвістичного університету, Харківського національного університету внутрішніх справ, Придніпровської державної академії будівництва та архітектури. Зі 100 осіб, які взяли участь у дослідженні, 50 чоловіків та 50 жінок віковим діапазоном від 17 до 26 років. Середній вік респондента 19 р.

Опитування проводилось за трьома методиками: «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца (SVS – Schwartz Value Survey) [1], «Шкала самооцінки» М. Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) [2], експрес-діагностика п’яти факторів особистості BFI-10 (Big Five Inventory – 10) О. Джона і Б. Рамштедт [3].

Остання методика використовувалась в адаптації Сердюка О. О. і Базими Б. О. [4]. При застосуванні цієї адаптації було виявлено заміну слова «*Conscientiousness*» (*сумлінність*), як це значиться в оригіналі роботи О.Джона і Б.Рамштедт [3, р.206, р.208, р.211], на С*onsciousness (свідомість)* в адаптації Сердюка О. О. і Базими Б. О., що, на нашу думку, призводить до викривлення змістового наповнення цього фактора. Поняття, через які описується фактор «С»: «Компетентність, Порядок, Обов’язковість, Прагнення досягнень, Самодисципліна, Обдуманість» у О.Джона і Б.Рамштедт [3, р.208] замінюються на «високе самовладання, завзятість, організованість, дисциплінованість, відповідальність, ретельність, точність у роботі, орієнтація на вирішення завдання» у Сердюка О.О. і Базими Б.О. [4, с.101]. При цьому останні автори вживають то С*onsciousness* [4, с.101] із перекладом «свідомість» [4, с.104, с.105, с.106]*,* то *Conscientiousness* [4, с.102]*,* зберігаючи при цьому невірний переклад слова: як «*свідомість», «усвідомлення»* [4, с.102]. Так, О.Сердюк і Б.Базима пишуть: «Фактор «С» (*Consciousness*) буквально перекладається на українську мову як свідомість»[4 с.106]. Із тим, що *Consciousness* перекладається як свідомість, ми не сперечаємося. Але цей фактор в роботіО. Джона і Б. Рамштедт, викладена у якій методика була об’єктом адаптації О. Сердюка і Б. Базими, називається *Conscientiousness* і українською перекладається як «сумлінність».

Крім методики BFI-10 для дослідження ціннісних орієнтацій було обрано методику Ш. Шварца, що застосовується для вивчення мотиваційних цілей ціннісних орієнтацій та універсальності базових особистісних цінностей. Дослідження за цією методикою показало, що в усіх вибірках за демографічними ознаками, як і за ознакою приналежності респондентів до закладів вищої освіти столиці і до закладів вищої освіти прифронтових міст (Дніпро, Одеса, Харків) найвищі середнє значення і ранг виявилися у блоку цінностей «Універсалізм». Другий ранг у респондентів п’яти вибірок з шести посіли цінності блоку «Самостійність». Третій ранг у респондентів п’яти вибірок – цінності «Безпека».

До цінностей низької значимості потрапили «Стимуляція» (10 ранг у чотирьох з шести вибірок), «Гедонізм» (9 – у чотирьох з шести), «Влада» (8 ранг – усі вибірки). «Комформність» і «Традиція» мають однаковий ранг в усіх шести вибірках (7 і 6 відповідно).

Контраверсійною виявилась оцінка цінностей «Доброта»: у той час як середні значення у трьох вибірках забезпечили ранг 5, у двох – ранг 4 (уся вибірка – 5), вибірка «студенти прифронтових ЗВО» надала «Доброті» ранг 2. При тому, що цінності блоку «Безпека» в останньої вибірки мають ранг 4, що нижче від усіх інших вибірок і гіпотетично мала би бути найвищої значимості.

Привертає увагу найнижчий ранг цінностей блоку «Стимуляція» (10/9 ранг). Попри те, що за словами Шварца, «Мотиваційною метою цінностей стимуляції є захопленість, новизна і виклики в житті»[1, р.8] і в опитувальнику репрезентується позиціями «Насиченість життя», «Різноманітне життя», «Відвага», тобто гіпотетично має відповідати психоемоційному стану юнацького віку, лише дві вибірки студентів підвищили її ранг на один пункт (9). І це принципово не змінює низької значимості цінностей блоку «Стимуляція» у респондентів.

Залучення даних, отриманих за допомогою «Шкали самооцінки» М. Розенберга, дозволило отримати додаткову інформацію щодо психологічних особливостей ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни.

Зокрема, підтверджується висновок М. Розенберга про те, що при низькому рівні самооцінки респонденти – т.зв. егофоби – більше, ніж інші люди, не налаштовані «домінувати над іншими людьми, адже лідер повинен приймати рішення, брати на себе відповідальність» [7, р.228]. Так, ціннісний блок «Влада» у більшості респондентів із заниженою самооцінкою має найнижчий (10) ранг. Втім, по деяким іншим позиціям, наприклад «Стимуляція», значимість є вищою за ранг у загальній вибірці.

**Висновки.** Результати дослідження засвідчили підвищення інформативності щодо психологічних особливостей ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни при поєднанні кількох методик. В нашому дослідженні це «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца, «Шкала самооцінки» М. Розенберга, експрес-діагностика п’яти факторів особистості BFI-10 О. Джона і Б. Рамштедт. Дослідження дозволило виокремити основні психологічні аспекти, що впливають на особливості ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни. Водночас аналіз отриманих даних показав, що не всі особливості ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни можуть бути пояснені виключно психологічними чинниками.

На основі отриманих результатів зроблено висновок про необхідність розширення дослідження психологічних особливостей ціннісних орієнтацій студентської молоді в умовах війни на студентів ЗВО інших регіонів України і подальшої диференціації респондентів за ознаками, більш репрезентативними саме до умов війни. У зв’язку з цією специфікою припускаємо доцільність адаптації методики «Ціннісний опитувальник» Ш.Шварца як психодіагностичного інструментарію із збереженням інваріантного ядра останнього. Потребує, на наш погляд, уточнення релевантності адаптації експрес-діагностики п’яти факторів особистості BFI-10 (Big Five Inventory – 10) О.Джона і Б.Рамштедт, яка належить Сердюку О.О. і Базимі Б.О, оригінальній методиці в частині фактора «С».

**Список використаних джерел:**

1. Scwartz S. H. Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries // Advances in Experimental Social Psychology.–December,1992.–pp.1–65. <https://www.researchgate.net/publication/230557790_Universals_in_the_Content_and_Structure_of_Values_Theoretical_Advances_and_Empirical_Tests_in_20_Countries>
2. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326 p. <https://www.docdroid.net/Vt9xpBg/society-and-the-adolescent-self-image-morris-rosenberg-1965-pdf>
3. Rammstedt B., John O. P. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. Journal of Research in Personality. 2007. No. 41 (1). Pp. 203–212. <https://homepages.se.edu/cvonbergen/files/2013/01/Measuring-Personality-in-One-Minute-or-Less_A-10-Item-Short-Version-of-the-Big-Five-Inventory-in-English-and-German.pdf>
4. Сердюк О. О., Базима Б. О. Адаптація скринінгового опитувальника п’яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. Право і безпека – Право и безопасность – Law and Safety. 2021. № 4 (83)-с.100-110. <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3f14854e-e0fe-4368-b516-9407242ba319/content>