



**ISSUE
№87**



**EUROPEAN OPEN
SCIENCE SPACE**

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS



**4TH INTERNATIONAL
SCIENTIFIC
AND PRACTICAL
CONFERENCE**

MODERN SCIENTIFIC RESEARCH: THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS

MAY 11-13, 2026. RIGA, LATVIA





**EUROPEAN OPEN
SCIENCE SPACE**

**Proceedings of the 4th International Scientific
and Practical Conference
"Modern Scientific Research: Theoretical and
Practical Aspects"
May 11-13, 2026
Riga, Latvia**

Collection of Scientific Papers

Latvia, 2026

UDC 01.1

Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference «Modern Scientific Research: Theoretical And Practical Aspects» (May 11-13, 2026, Riga, Latvia). European Open Science Space. 2026.

ISBN 979-8-89704-963-9 (series)

DOI 10.70286/EOSS-11.05.2026



The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences.



The conference is registered in the database of scientific and technical events of UkrISTEI to be held on the territory of Ukraine (Certificate №1064 dated 22.12.2025).



The materials of the conference are publicly available under the terms of the CC BY-NC 4.0 International license.

The materials of the collection are presented in the author's edition and printed in the original language. The authors of the published materials bear full responsibility for the authenticity of the given facts, proper names, geographical names, quotations, economic and statistical data, industry terminology, and other information.

ISBN 979-8-89704-963-9

CONTENT

Section: Accounting and Taxation

Назаренко І.

ПОДАТКОВА КУЛЬТУРА ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК
ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ БІЗНЕС-СЕРЕДОВИЩА:
СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗВИТКУ 18

Черняк М.О., Козеренко О.Ю., Степченко В.В.

ОБЛІК МІЖНАРОДНОЇ ТЕХНІЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОЦЕДУРИ
ОПРИБУТКУВАННЯ ТА ЗВІТНОСТІ ПЕРЕД ПАРТНЕРАМИ..... 21

Дефір І.

РОЛЬ ОБЛІКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ У ВИЯВЛЕННІ ТА МІНІМІЗАЦІЇ
РИЗИКІВ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ..... 23

Section: Architecture and Construction

Мамонов К.А., Штерндок Е.С., Фролов В.О., В'яткін Р.С.

ПРОСТОРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕОЕКОЛОГІЧНОГО
МОНІТОРИНГУ ВІДБУДОВИ ЗЕМЕЛЬ ТРАНСПОРТНОЇ
ІНФРАСТРУКТУРИ..... 25

Lysko B.

ACCURACY ASSESSMENT OF LINEAR PARAMETER
DETERMINATION IN RTN NETWORKS..... 28

Butenko S., Spirande K., Shemet R.

REGIONAL ASSESSMENT OF NORMATIVE SERVICE LIFE
COMPLIANCE FOR REINFORCED CONCRETE STRUCTURES
UNDER CLIMATIC CONDITIONS OF UKRAINE..... 31

Вєліканов Д.

ВРАХУВАННЯ СИМВОЛІЧНОГО ЗНАЧЕННЯ РІЧКИ ПРИ
ПЛАНУВАННІ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЇЇ ПРИБЕРЕЖНИХ ТЕРИТОРІЙ.... 35

Section: Art History and Literature

Одайник С., Травкіна Н., Тімова О., Суботницький І.

КОНЦЕРТМЕЙСТЕРСТВО ЯК СИНТЕТИЧНИЙ ВИД
МУЗИЧНО-ВИКОНАВСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ..... 42

Богачова - Стрельцова Л.Г.

МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ АКАДЕМІЧНОГО ВОКАЛУ В
ОНЛАЙН-ФОРМАТІ – ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ ТА ЦИФРОВІ
ІНСТРУМЕНТИ..... 47

Вергунов С.В., Вергунова Н.С., Гулевська М.Ю.

ЗОНУВАННЯ І СЦЕНАРІЇ КОРИСТУВАННЯ В ДИЗАЙНІ
ІНТЕР'ЄРУ. СТРУКТУРУВАННЯ 3D-МОДЕЛІ ТА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ
ПРОСТОРОВИХ АКЦЕНТІВ..... 50

Vasyliiev O., Kolosov I., Zabarylo D.

CURRENT TRENDS IN BOARD GAME DESIGN..... 55

Vasyliiev O., Kovtunen V.

CORPORATE IDENTITY AS A TOOL FOR FORMING A COHESIVE
BRAND IMAGE..... 58

Halstian O.

MODERN APPROACHES TO ASSESSING THE QUALITY OF
LEARNING OUTCOMES IN SCHOOLS OF AUTHORIAL NAIL
DESIGN..... 63

Section: Biology and Microbiology

Фроленко Н., Юлевич О.

МІКРОВОДОРСТІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ ПРОДУЦЕНТ БІЛКА..... 68

Рибчинська Н., Романюк Р.

ЕКОЛОГО-ФАУНІСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОДИНИ
CORVIDAE В УМОВАХ РІЗНИХ БІОТОПІВ МІСТА ЖИТОМИРА... 71

Section: Botany and Forestry

Gurbanov E., Aslanova S.

FLORISTIC DIVERSITY AND PHYTOCENOTIC STRUCTURE OF
THE “DERE KECMEZ” SUMMER PASTURE AREAS..... 78

Section: Chemistry

Leshchyshak Kh.

INTEGRATION OF GREEN CHEMISTRY PRINCIPLES INTO
EDUCATIONAL PROGRAMS FOR TRAINING INDUSTRIAL
SECTOR PROFESSIONALS..... 83

Section: Ecology and environmental protection

Balakhanova G.V.

ENVIRONMENTAL IMPACTS OF POLLUTION ON HUMAN HEALTH.....	88
---	----

Balakhanova G.V.

INTEGRATION OF MICROPLASTICS INTO THE TROPHIC CHAIN IN MARINE ECOSYSTEMS AND THEIR TOXICOLOGICAL CONSEQUENCES.....	96
--	----

Section: Economy

Panchenko A.V., Tymchyshyn N.P., Novosad I.Yu.

INCREASING THE COMPETITIVENESS AND PROFITABILITY OF RETAIL ENTERPRISES USING THE "LEAN PRODUCTION" MODEL	106
---	-----

Panchenko A.V., Sen Yu.I., Pidvysotskyi Ye.I.

USING CIRCULAR ECONOMY PRINCIPLES TO DEVELOP A FOREIGN MARKET FOR CRUSHING EQUIPMENT.....	108
--	-----

Stepanova E.R.

KNOWLEDGE MANAGEMENT AS AN ELEMENT OF HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT.....	110
---	-----

Коротун О.

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦИФРОВІЗАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ.....	120
--	-----

Безкоровайна Л.В., Андрієнко А.Д.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ БУХГАЛТЕРСЬКОГО ОБЛІКУ НА УКРАЇНСЬКИХ ПІДПРИЄМСТВАХ.....	123
---	-----

Мельничук Г.С., Леонова Є.С.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ПРИБУТКОВОСТІ ПІДПРИЄМСТВА.....	128
--	-----

Ковальов А.Ю.

ЦИФРОВІ МЕХАНІЗМИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ПОСЛУГ ПІДПРИЄМСТВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ.....	131
---	-----

Васильчак С.В., Друзь В.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ
ДИСТАНЦІЙНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ..... 135

Həziyev V.B.

HEYƏTİN İDARƏ EDİLMƏSİNDƏ İQTİSADİ METODLARIN
EFFEKTİVLİK GÖSTƏRİCİLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ..... 139

Горбачов В.М., Галай О.В.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕКОСИСТЕМИ БАНКІВСЬКО-ФІНАНСОВИХ
ПОСЛУГ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОЇ ЕКОНОМІКИ..... 147

Князь О.В.

ЕКОНОМЕТРИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ВОЄННИХ РИЗИКІВ
НА ІМПЛЕМЕНТАЦІЮ ПРИНЦИПІВ СТАЛОГО РОЗВИТКУ
ПІДПРИЄМСТВ..... 154

Пісковець О., Чемер М.

ГЛОБАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОСТІ ТА ШЛЯХИ ЇХ
ВИРІШЕННЯ..... 156

Section: Finance and Banking

Крилова О., Романішина Ю.

АЛЬТЕРНАТИВНІ МОДЕЛІ ОЦІНКИ КРЕДИТОСПРОМОЖНОСТІ
НА ОСНОВІ OPEN BANKING: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА
ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ І МОЛОДІ УКРАЇНИ..... 161

Гудима В.С., Слінчак П.І., Савич Д.О., Куліш Н.І.

ДЕРЖАВНИЙ ФІНАНСОВИЙ КОНТРОЛЬ У СФЕРІ ОБОРОНИ:
ПРОБЛЕМИ ЗДІЙСНЕННЯ В УМОВАХ ОБМЕЖЕНОГО ДОСТУПУ
ДО ІНФОРМАЦІЇ..... 165

Лилак Н.В.

МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ПОБУДОВИ ІНТЕГРАЛЬНОГО
ІНДЕКСУ МАКРОЕКОНОМІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ..... 169

Яріш М.В.

РОЛЬ БАНКІВСЬКОГО КРЕДИТУ У РОЗВИТКУ ІНВЕСТИВАННЯ
В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІДНОВЛЕННЯ ЕКОНОМІКИ 177

Shtunder O.O.

A QUANTITATIVE TRANSACTIONAL RISK MODEL FOR
INTERNATIONAL DIGITAL PAYMENTS OF CORPORATIONS
BASED ON OBJECTIVE PUBLIC INDICATORS..... 181

Section: Food Technologies

<i>Цехмістренко О.С., Клименко О.В., Шулько О.П., Онищенко Л.С.</i> АНАЛІЗ БІОТЕХНОЛОГІЇ ВИРОБНИЦТВА БАКТЕРІАЛЬНОГО КОНЦЕНТРАТУ ЗАКВАСКИ ДЛЯ КИСЛОМОЛОЧНИХ ПРОДУКТІВ.....	187
--	-----

<i>Холобцева І.</i> ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИРОБНИЦТВА КАРАМЕЛІ БЕЗ ЦУКРУ НА ОСНОВІ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ПІДСОЛОДЖУВАЧІВ....	196
--	-----

Section: Geography, Geology and Geodesy

<i>Бутенко О., Лаврушин І.</i> МЕТОДИКА ОБЧИСЛЕННЯ СПЕКТРАЛЬНИХ ІНДЕКСІВ РОСЛИННОСТІ РІЗНОЧАСОВИХ ДАНИХ ДЗЗ.....	200
--	-----

<i>Бутенко О., Ульянова Т.</i> МЕТОДИКА ГЕОПРОСТОРОВОГО АНАЛІЗУ ЕКОЛОГІЧНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ.....	203
---	-----

<i>Gorbunov A.</i> SEDIMENTARY ARCHIVES AS AN INDICATOR OF GLOBAL AND REGIONAL CHANGES IN THE CENOZOIC.....	207
---	-----

Section: Information Technology, Cyber Security and Computer Engineering

<i>Дьяченко А.В., Вечур О.В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ФРАКТАЛЬНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ЇЇ ВІДОБРАЖЕННЯ.....	213
---	-----

<i>Зибіна А., Тімов С.</i> ПРОЄКТУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИНАМИ З КЛІЄНТАМИ КОНДИТЕРСЬКОЇ КРАМНИЦІ.....	224
---	-----

<i>Kolianova T.</i> DIGITAL SPREADSHEETS: RELEVANCE AND APPLICATION FROM THE PAST TO THE PRESENT.....	226
---	-----

<i>Kuzma O., Bilokrynytska L.</i> IT SLANG AND PROFESSIONAL JARGON IN THE SOFTWARE DEVELOPMENT ENVIRONMENT.....	231
---	-----

Дегтярьова Т., Лучшева О., Лучшев П. ЗАСТОСУВАННЯ ГРАФОВИХ АЛГОРИТМІВ У ЗАДАЧАХ КІБЕРБЕЗПЕКИ КОРПОРАТИВНИХ МЕРЕЖ.....	234
--	-----

Ziuziun V., Korytnyi O. INTELLIGENT MODEL FOR RANKING IT SPECIALISTS BASED ON COMPETENCIES, TEAM ROLES, AND RESOURCE WORKLOAD INDICATORS.....	246
---	-----

Савельєва О. АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ФАХІВЦЯ З КІБЕРБЕЗПЕКИ.....	258
---	-----

Галинська О., Торопенко А. МОБІЛЬНИЙ ДОДАТОК ДЛЯ АВТОМАТИЗОВАНОГО ОБЛІКУ ТА КОНТРОЛЮ ПІДЗВІТНИХ КОШТІВ ВОДІЯ-ДАЛЬНОБІЙНИКА.....	260
--	-----

Пукалов Б. ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПІД ЧАС СТВОРЕННЯ ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ.....	262
---	-----

Section: International Relations

Галан О., Луцик О. СОЦІАЛЬНЕ ПІДПРИЄМНИЦТВО У ГЛОБАЛЬНОМУ ЕКОНОМІЧНОМУ СЕРЕДОВИЩІ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.	265
---	-----

Сурдол Д., Бабіна В.О. СТРАТЕГІЇ ТА ПРАКТИКИ МІЖНАРОДНОГО ПОЗИЦІЮВАННЯ ДЕРЖАВ У ГЛОБАЛЬНОМУ ПОЛІТИКО - КОМУНІКАЦІЙНОМУ ПРОСТОРІ.....	268
--	-----

Section: Jurisprudence

Шишлакова А.Б., Марченко О.Д. СИСТЕМА ДЕРЖАВНИХ ГАРАНТІЙ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ПРАЦЮ ТА ЗАЙНЯТІСТЬ.....	273
--	-----

Тимошаров А.В., Макаренко В.В. ОСОБЛИВОСТІ КРИМІНАЛЬНОЇ ТА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА РОЗГолоШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ З ОБМЕЖЕНИМ ДОСТУПОМ.....	276
---	-----

Дасюк В.В. МІНІСТЕРСТВО ЮСТИЦІЇ УКРАЇНИ ЯК СУБ'ЄКТ ПРОВЕДЕННЯ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	280
Рубіна Д.І., Виговський Д.Л. КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПІДКУП ПРАЦІВНИКА ДЕРЖАВНОГО ПІДПРИЄМСТВА, УСТАНОВИ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЇ...	283
Котовська Д.А., Виговський Д.Л. КІБЕРБУЛІНГ ЯК СПОСІБ ДОВЕДЕННЯ ДО САМОГУБСТВА (ст. 120 КК УКРАЇНИ).....	285
Новаковський М.І., Виговський Д.Л. ПРОБЛЕМИ РОЗМЕЖУВАННЯ КОЛАБОРАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ДЕРЖАВНОЇ ЗРАДИ У ФОРМІ ШПИГУНСТВА.....	288
Касприк Д.В., Виговський Д.Л. КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТТІ 171 КРИМІНАЛЬНОГО КОДЕКСУ УКРАЇНИ: ПЕРЕШКОДЖАННЯ ЗАКОННІЙ ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЖУРНАЛІСТІВ.....	291
Нікіфорова В.В., Виговський Д.Л. ПОГРОЗА ЯК ОЗНАКА СКЛАДІВ КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ НОРМАМИ ОСОБЛИВОЇ ЧАСТИНИ КРИМІНАЛЬНОГО КОДЕКСУ УКРАЇНИ.....	295
Долгий О.О., Долгий О.А. ІНСТРУМЕНТИ ЗМІЦНЕННЯ, ПРИНЦИПИ ТА УМОВИ ДОДЕРЖАННЯ ВИМОГ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЯК КЛЮЧОВОГО ЕЛЕМЕНТУ ЗАПОБІГАННЯ КОРУПЦІЇ В ПУБЛІЧНІЙ СЛУЖБІ.....	298
Демченко Ю., Шаповалова К. ТРУДНОЦІ ЗАСТОСУВАННЯ СПРОЩЕНОГО ПРОВАДЖЕННЯ У ЦИВІЛЬНИХ СПРАВАХ ЩОДО ВІДШКОДУВАННЯ МАТЕРІАЛЬНОЇ ШКОДИ.....	301
Бажан А.В., Шаповалова К.Г. ДОСТУП ДО ПРАВОСУДДЯ В ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ВИКЛИКИ ПОЗОВНОГО ПРОВАДЖЕННЯ.....	305
Бабич А.А., Тугарова О.К. ЖУРНАЛІСТСЬКА ТАЄМНИЦЯ ТА ЗАХИСТ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ: ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ І ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ.....	311

Галай О.

ІНФОРМАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ В
УКРАЇНІ: ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ
ВДОСКОНАЛЕННЯ..... 317

Антонюк У.

ОХОРОНА ДОВКІЛЛЯ КАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ:
ПРАВОВИЙ КОНТЕКСТ..... 319

Цибульська В.О., Жеглінська Т.О.

ВІДМЕЖУВАННЯ КРАДІЖКИ, ГРАБЕЖУ РОЗБОЮ: ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИКИ..... 322

Свердленко К.П., Кабальський Р.О.

ДОКАЗОВЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ СВІДКІВ У ЦИВІЛЬНОМУ
СУДОЧИНСТВІ УКРАЇНИ..... 325

Глебченко А.Ю., Жеглінська Т.О.

КРИМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІЙСЬКОВИХ КРИМІНАЛЬНИХ
ПРАВОПОРУШЕНЬ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ..... 328

Мазуріна А.С., Орлова Т.А.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗСЛІДУВАННЯ ВБИВСТВ ІЗ
СІМЕЙНО-ПОБУТОВИХ МОТИВІВ..... 331

Мазуріна А.С., Жеглінська Т.О.

КРИМІНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗОВАНОЇ
ЗЛОЧИННОСТІ У СВІТІ..... 334

Section: Logistics and Transport

Geleban D.

SERVICE QUALITY MANAGEMENT OF INTERTERMINAL
TRANSPORTATION IN DIGITAL LOGISTICS PLATFORMS WITH
ALGORITHMIC FREIGHT ALLOCATION..... 338

Section: Management, Public Administration and Administration

Kharin S.

MANAGEMENT AND GLOBAL SUSTAINABLE DEVELOPMENT
PROJECTS..... 343

Riabtsev R.

MANAGEMENT OF STRATEGIC CHANGES IN THE CONTEXT OF THE DIGITAL DIVIDE BETWEEN MINING AND METALS COMPANIES.....	344
---	-----

Satusheva K.

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON LEADERSHIP EFFECTIVENESS IN THE CONTEXT OF CRISIS CHALLENGES.....	349
--	-----

Koretska N., Herasymchuk Kh.

STRATEGIC MANAGEMENT OF INCLUSIVE EDUCATIONAL ENVIRONMENTS: INSTITUTIONAL PRACTICES AND ACCESSIBILITY MECHANISMS IN HIGHER EDUCATION.....	354
---	-----

Section: Medicine

Tutchenko M., Patrakh D., Rudyk D., Lovin A.

HEPATORENAL SYNDROME IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED PORTAL HYPERTENSION: TRIGGERING MECHANISMS AND PREDICTORS OF FATAL OUTCOME.....	358
---	-----

Чечота К.О., Шевельова А.А., Бурлака С.І.

МОРФОЛОГІЧНІ ДОКАЗИ НЕЗАВЕРШЕНОЇ АВТОФАГІЇ В НЕЙРОНАХ ПРИ ХВОРОБІ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	359
---	-----

Панасенко Н.Ю., Мандрик О.Є.

СИНДРОМ ЕЙЗЕНМЕНГЕРА: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОФІЗІОЛОГІЮ, СТРАТИФІКАЦІЮ РИЗИКУ ТА ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	362
---	-----

Ощипко Т.В., Рогова В.В., Данильців Л.О.

ВАКЦИНИ НОВОГО ПОКОЛІННЯ: MRNA-ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ПРОРИВ У СУЧАСНІЙ ІМУНОЛОГІЇ.....	368
---	-----

Мощенко Є.М., Андрущенко В.В.

АНАЛІЗ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ГЕМОТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ЛЕЙКОЗОМ: МЕТААНАЛІЗ СУЧАСНИХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	369
---	-----

Гармаш В., Шевельова А.А., Бурлака С.І.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ ПРИ COVID-19: ДИФУЗНЕ АЛЬВЕОЛЯРНЕ УШКОДЖЕННЯ, МІКРОТРОМБОЗ ТА ФІБРОЗ.....	372
---	-----

Назута Л.О., Андрюхіна С.А.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ
ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК ЗА ДАНИМИ АМБУЛАТОРНОГО
ПРИЙОМУ..... 375

Шаніна В.В., Ставицька О.Ф., Лантухова Н.Д.

АНЕСТЕЗІЯ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ..... 377

Іванова М.В., Шевельова А.А., Бурлака С.І.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕТАБОЛІЧНОГО
ФОРМУВАННЯ ПЛОДА ПРИ ГЕСТАЦІЙНОМУ ДІАБЕТІ..... 380

Ivashku L.

SYNERGISTIC APPROACH TO ENAMEL REHABILITATION:
MICROMORPHOLOGICAL STABILITY AND CLINICAL
PERFORMANCE OF RESIN INFILTRATION IN PEDIATRIC
DENTISTRY..... 384

Булиніна О.Д., Радловська Ю.В., Тарасова Є.В.

СПЕКТР РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ОСІБ РІЗНИХ
ВІКОВИХ ГРУП: ВІД ПОРУШЕНЬ САМОСПРИЙНЯТТЯ ДО
КЛІНІЧНИХ ФОРМ..... 386

Section: Military affairs and national security

Сеник А., Ліщинська Х., Гузик Н., Нагорний М.

НОРМАЛЬНІ ФОРМИ АЛГЕБРИ ВИСЛОВЛЮВАНЬ ЯК
ІНСТРУМЕНТ ЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ІНФОРМАЦІЙНИХ
ПОВІДОМЛЕНЬ..... 397

Неділько А.С., Богайчук В.В.

РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕНЬ..... 401

Section: Occupational Health

Гармаш К.О., Палієнко О.О.

ПРОФІЛАКТИКА ВИГОРАННЯ ЯК ФАКТОР БЕЗПЕКИ
ТРУДОВОГО КОЛЕКТИВУ..... 412

Туровська Г., Покотило В.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРАЦІ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ –
ЗАПОРУКА БЕЗПЕКИ РОБОТИ АТОМНИХ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЙ.... 415

References

1. Kashash, Y., Hein, S., Göstemeyer, G., & Schwendicke, F. (2024). Resin infiltration versus fluoride varnish for visual improvement of white spot lesions during multibracket treatment. *Clinical Oral Investigations*, 28(6), 308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38733458/>
2. Puleio, F., Di Spirito, F., Lo Giudice, G., Amato, A., Sinesi, A., & Campanile, G. (2023). Long-term chromatic durability of white spot lesions treated with infiltration resin. *Medicina*, 59(4), 749. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37109707/>
3. Nayak, U. A., Kailani, T., & Althagafy, R. (2023). Microinvasive esthetic management of white spot lesion following orthodontic treatment using resin infiltration: A case report. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 16(2), 396–399. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37519974/>
4. Klaisiri, A., Vongsang, J., Leelaudom, T., & Chuenarrom, C. (2023). Methylene blue penetration of resin infiltration and resin sealant in artificial white-spot lesions. *European Journal of Dentistry*, 17(3), 828–833. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36220119/>
5. Knaup, I., Kobbe, C., Ehrlich, E. E., & Paris, S. (2023). Correlation of quantitative light-induced fluorescence and qualitative visual rating in infiltrated post-orthodontic white spot lesions. *European Journal of Orthodontics*, 45(2), 133–141. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36179095/>
6. Tavares, M. I., Saraiva, J., do Vale, F., & Carrilho, E. (2021). Resin infiltration in white spot lesions caused by orthodontic treatment: A minimally invasive therapy. *British Dental Journal*, 231(7), 387–392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34625686/>

УДК: 616.89-008.441.42-053-092

СПЕКТР РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП: ВІД ПОРУШЕНЬ САМОСПРИЙНЯТТЯ ДО КЛІНІЧНИХ ФОРМ

Булиніна Оксана Дмитрівна

магістр, старший викладач

Радловська Юлія Віталіївна

здобувачка вищої освіти

Тарасова Єлизавета Вікторівна

здобувачка вищої освіти

2 медичний факультет

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Анотація. У статті подано комплексний аналіз спектра розладів харчової поведінки (РХП) як мультидисциплінарної патології, що поєднує в собі глибоку психологічну дезадаптацію та системні нейроендокринні порушення. Розглянуто патогенетичну роль сучасних соціокультурних стандартів та цифрового

середовища у запуску деструктивного самосприйняття. Висвітлено клінічні характеристики основних нозологічних форм: нервової анорексії, що базується на патологічному страху перед масою тіла (42,6% респондентів) та жорсткому контролю складу продуктів (32,4%), а також нервової булімії, яка характеризується нападами переїдання (45,6%) з наступною агресивною компенсацією (43,3%). Окрему увагу приділено компульсивному переїданню як формі відповіді на стрес, що супроводжується стійким почуттям провини у 48,6% випадків (сумарно часто та щодня). Проаналізовано патофізіологічні аспекти дестабілізації гомеостазу, зокрема порушення в системі «лептин-грелін» та втрату здатності до ідентифікації фізіологічного голоду (лише 38,2% збереженої чутливості). Висвітлено наслідки енергетичного дефіциту, зокрема високу частоту вторинної гормональної дисфункції у формі порушень менструального циклу (42,6% жінок). Підкреслюється латентність перебігу хвороб та низький рівень звернення за фаховою допомогою (23,5%). Констатовано роль соціальних медіа (39,7%) як провідних тригерів дестабілізації психоемоційного стану молоді в Україні.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, лептин, грелін, дисморфофобія, компенсаторна поведінка, менструальний цикл, нейроендокринна регуляція.

Мета дослідження. Проаналізувати поширеність симптомів РХП, дослідити вплив соціальних медіа на самосприйняття та оцінити рівень обізнаності населення щодо фізіологічних механізмів регуляції апетиту.

Матеріали та методи. У квітні-травні 2025 року проведено анонімне онлайн-анкетування 68 респондентів віком 16–55 років (медіана – 35,5 р.). Критерії включення: вік 16–55 років, відсутність встановленого діагнозу РХП. Критерії виключення: тяжка соматична патологія, вагітність. Склад вибірки: жінки – 61,8% (42 ос.), чоловіки – 38,2% (26 ос.). Використано опитувальник SCOFF (позитивний результат при ≥ 2 ствердних відповідей) та авторські блоки питань. Статистичний аналіз виконано у Microsoft Excel (описова статистика). Всі учасники надали інформовану згоду.

Результат та обговорення дослідження. У 21 столітті розлади харчової поведінки (РХП) зазнали суттєвої еволюції, трансформувавшись із локальних психологічних порушень у глобальну мультидисциплінарну патологію, що становить пряму загрозу системній соматичній безпеці населення. Сучасна клінічна медицина більше не розглядає ці стани як просту девіацію дієтичних звичок; сьогодні РХП класифікуються як складний психоендокринний синдром. У цій моделі первинна ментальна дезорганізація та когнітивні викривлення виступають тригером, що запускає каскад незворотних фізіологічних змін, дестабілізуючи роботу внутрішніх органів ще до появи виражених зовнішніх ознак виснаження [1]. Статистичні показники летальності при РХП залишаються найбільш тривожними в сучасній психіатрії. Зокрема, нервова анорексія демонструє найвищий рівень смертності серед усіх відомих ментальних розладів, що в шість разів перевищує аналогічні ризики при шизофренії або

важких формах депресії [2, 3]. Такий критичний стан зумовлений поєднанням двох агресивних факторів: прогресуючою соматичною декомпенсацією (через серцеву недостатність та електролітний колапс) та надзвичайно високим рівнем суїцидальної активності пацієнтів, які не в змозі витримувати психологічний тиск власного розладу.

Патолофізіологічна руйнація організму при РХП носить тотальний характер. Тривале енергетичне позбавлення змушує організм використовувати власні структури як паливо, що призводить до атрофії міокарда, зменшення маси лівого шлуночка та критичного зниження серцевого викиду [4, 5]. Паралельно з цим, при нервовій булімії та компульсивному переїданні розвиваються приховані метаболічні порушення, включаючи системне запалення низької інтенсивності та інсулінорезистентність. Такі зміни перетворюють РХП на універсальний механізм танатогенезу, особливо в молодій віковій групі, де ресурси організму вичерпуються швидше через активні процеси росту [6]. Важливим фактором ризику в сучасному українському суспільстві став цифровий соціокультурний ландшафт, що виступає потужним каталізатором дисморфофобії. Соціальні медіа нав'язують недосяжні стандарти краси, створюючи викривлене самосприйняття, за якого цифра на вагах стає єдиним мірилом соціальної успішності та особистої гідності [7]. Це підтверджується результатами нашого емпіричного дослідження: для 27,9% респондентів показник маси тіла повністю визначає їхній емоційний стан, а 39,7% опитаних прямо підтвердили негативний вплив медіа-середовища на самооцінку, що створює фундамент для розвитку патологічних харчових стратегій [8].

Фундаментом фізіологічного контролю маси тіла та енергетичного гомеостазу є складна нейроендокринна вісь, ключову роль у якій відіграє антагоністична взаємодія гормонів лептину та греліну. Лептин, що синтезується переважно адипоцитами, функціонує як сигнал довгострокового насичення, інформуючи гіпоталамус про достатність жирових депо. Натомість грелін, що виробляється слизовою оболонкою шлунка, є прямим ініціатором пошуку їжі. У нормі цей баланс забезпечує точне регулювання апетиту, проте при розвитку розладів харчової поведінки спостерігається глибока десенситизація рецепторів гіпоталамуса, що призводить до втрати об'єктивного біологічного контролю над споживанням енергії [9, 10]. Аналіз емпіричних даних нашого дослідження виявив критичний розрив між реальними фізіологічними потребами організму та їх суб'єктивним усвідомленням респондентами. Лише 38,2% опитаних зазначили, що завжди відчувають та ідентифікують фізичні сигнали голоду. Решта учасників демонструє дефіцит інтероцептивної обізнаності — стану, за якого внутрішні маркери організму ігноруються на користь зовнішніх графіків, емоційних тригерів або жорстких дієтичних установок. Таке відчуження від власних тілесних сигналів є базовим патогенетичним механізмом, що дозволяє РХП прогресувати до стадії фізичного виснаження [8]. Коли природні сигнали греліну систематично пригнічуються когнітивною установкою «голод - це слабкість» або «ознака відсутності волі», відбувається функціональна

перебудова центрів апетиту в головному мозку. Хронічне ігнорування біологічного запиту на енергію призводить до адаптивної зміни секреторних циклів, що особливо характерно для обмежувального типу РХП. З часом мозок пацієнта перестає сприймати голод як сигнал до дії, що трансформує базову потребу у живленні на об'єкт постійної вольової маніпуляції та боротьби [11, 12].

Особливо небезпечну роль у закріпленні патологічних паттернів відіграє дофамінергічна система винагороди. При компульсивному переїданні споживання їжі (особливо з високим вмістом цукру та жирів) викликає масивний викид дофаміну в *nucleus accumbens*. Цей процес за своєю нейрохімічною архітектурою ідентичний механізму формування наркотичної залежності. Харчування перестає бути засобом виживання і стає надпотужним сенсорним стимулом, що перетворює процес поглинання їжі на неконтрольований адиктивний процес [13, 14]. Паралельно з дофаміновим дисбалансом розвивається серотонінергічна недостатність, яка безпосередньо впливає на емоційну стабільність та контроль імпульсивності. Оскільки триптофан, попередник серотоніну, надходить в організм виключно з їжею, жорсткі дієтичні обмеження замикають хибне коло: нутритивний дефіцит призводить до різкого падіння рівня серотоніну в синаптичній щілині. Це падіння провокує розвиток депресивних станів та тривоги, які, своєю чергою, стають тригерами для нових спалахів переїдання як спроби «заспокоїти» нейрохімічний дефіцит [15, 16].

Таким чином, нейрохімічний ландшафт особи з РХП стає фундаментом для стійкої залежності, де кожна деструктивна дія є спробою мозку стабілізувати пошкоджену систему винагороди та виживання. Низька обізнаність респондентів щодо функцій лептину та греліну (лише 33,8% знають про ці гормони) поглиблює конфлікт між розумом та тілом. Без розуміння біологічної природи голоду молода людина сприймає сигнали власного організму як ворожі, що робить медичну просвіту та корекцію нейроендокринного балансу невід'ємною частиною терапевтичного процесу [8, 10].

Центральною ланкою патогенезу нервової анорексії та обмежувальних форм РХП є формування жорсткого когнітивного контролю, який радикально трансформує базову біологічну потребу у живленні на об'єкт постійної вольової маніпуляції. На нейропсихологічному рівні цей процес супроводжується патологічною гіперактивністю дорсолатеральної префронтальної кори. Ця ділянка мозку починає домінувати над лімбічною системою, фактично «вимикаючи» інстинктивні сигнали про голод. У результаті відмова від їжі перестає сприйматися організмом як загроза, натомість стаючи для індивіда джерелом хворобливого самоствердження та ілюзорного відчуття повної влади над власним тілом [17, 18].

Такий механізм надконтролю неминуче призводить до когнітивної ригідності - стану, за якого будь-яке, навіть мінімальне відхилення від суворого дієтичного плану або випадкове споживання «недозволеного» продукту сприймається пацієнтом як тотальна катастрофа. Це запускає миттєвий каскад тривожних та депресивних реакцій, підсилюючи внутрішню стигматизацію.

Страх збільшення маси тіла при цьому набуває характеру надцінної ідеї, яка деформує об'єктивне сприйняття реальності та власної зовнішності, змушуючи ігнорувати очевидні ознаки фізичного виснаження [19].

Емпіричні дані нашого дослідження чітко відображають поширеність цих когнітивних викривлень серед опитаних. Зокрема, 42,6% респондентів підтвердили наявність постійного страху перед набором ваги, що є фундаментом для розвитку дисморфофобії. Більше того, 32,4% учасників демонструють жорсткий, майже ритуальний контроль за складом кожного продукту, що потрапляє до раціону. Такі показники свідчать про те, що значна частина молоді перебуває у стані передклінічної маніфестації РХП, де їжа сприймається виключно через призму калорійності та потенційної «небезпеки» для фігури [8].

Для наочної демонстрації виявлених порушень, нижче наведено систематизовані дані анкетування, що охоплюють ключові аспекти патологічної харчової поведінки:

Категорія аналізу	Показник / симптом	Частота (%)
Емоційний стан	Почуття провини після їжі (часто / щодня)	48,6%
Харчовий контроль	Регулярні напади переїдання (binge-eating)	45,6%
Компенсаторна поведінка	Використання очисних методів або виснажливого спорту	43,3%
Соматичні прояви	Порушення менструального циклу (серед жінок)	42,6%
Психологічні особливості	Страх набору ваги та дисморфофобія	42,6%
Соціальна поведінка	Прийом їжі наодинці через сором	50,0%

Тривале домінування когнітивних обмежень над біологічними потребами неминуче призводить до розвитку критичної кахексії. Коли зовнішні енергетичні ресурси вичерпуються, організм входить у стадію аутофагії, починаючи використовувати білки власних скелетних м'язів та міокарда як джерело виживання. Клінічно це маніфестує вираженою м'язовою атрофією, загальною слабкістю та брадикардією. Ослаблений серцевий м'яз втрачає свою скоротливу здатність, що призводить до стійкої артеріальної гіпотензії та створює умови для раптової зупинки серця навіть при незначних фізичних навантаженнях [20].

Крім серцево-судинної системи, агресивна енергетична депревація руйнує слизові оболонки шлунково-кишкового тракту. Спостерігається атрофія ворсинок тонкого кишечника та зниження секреторної активності залоз, що призводить до синдрому мальабсорбції. Це означає, що навіть у разі спроби поновити живлення, організм уже не здатний адекватно засвоювати нутрієнти. Додатково розвивається ерозія емалі та пошкодження слизової оболонки ротової порожнини, що є наслідком як загального імунodefіциту, так і можливих компенсаторних маніпуляцій [19, 20]. Особливе місце в структурі «надконтролю» займає соціальна ізоляція. Як продемонстрували результати нашого аналізу, рівно половина опитаних (50%) уникають прийомів їжі у присутності інших через відчуття сорому або страх осуду. Це замикає

патологічне коло: позбавлений соціальної підтримки та зворотного зв'язку, індивід залишається наодинці зі своїми когнітивними викривленнями. Таким чином, обмежувальний тип поведінки трансформується у тотальну стратегію саморуйнування, де психологічна потреба в ідеальності конвертується у важку, часом незворотну соматичну деструкцію [8, 17].

Патофізіологічним стрижнем нервової булімії є специфічний циклічний процес «напад–очищення», який сучасна нейропсихологія розглядає як деструктивний спосіб регуляції інтенсивного афективного напруження. На відміну від обмежувальних типів РХП, булімія характеризується епізодами гострої втрати контролю над харчовою поведінкою (binge-eating), під час яких споживається надмірна кількість їжі за короткий проміжок часу. Цей спалах гіперфагії неминуче ініціює вторинну хвилю панічного страху перед набором ваги, що змушує індивіда вдаватися до «очисних» процедур для негайної нейтралізації спожитих калорій [21].

Агресивна компенсаторна поведінка у сучасному суспільстві часто набуває форм, які легко маскуються під «здоровий» або «активний» спосіб життя. За результатами нашого анкетування, 43,3% респондентів регулярно використовують методи компенсації, серед яких домінують виснажливі фізичні тренування та періодичне повне голодування. Цей феномен, відомий як «атлетична булімія», є вкрай небезпечним, оскільки інтенсивні навантаження на фоні хронічного дефіциту глікогену та нутритивного виснаження призводять до метаболічного ацидозу та прискореної деградації серцево-судинної системи [8, 22, 23].

Найбільш критичним та потенційно летальним наслідком регулярних очисних маніпуляцій (зокрема викликання блювання або зловживання діуретиками) є розвиток глибокої гіпокаліємії. Систематична втрата шлункового соку та іонів калію дестабілізує потенціал спокою кардіоміоцитів, що прямо відбивається на провідній системі серця. Клінічно це проявляється подовженням інтервалу QT на ЕКГ, що створює передумови для виникнення фатальних шлуночкових аритмій, здатних спричинити раптову зупинку серця навіть у молодих пацієнтів [24, 25].

Крім електролітного колапсу, хронічна дія соляної кислоти при регулярному блюванні спричиняє специфічні морфологічні ушкодження ротової порожнини та верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Спостерігається прогресуюча ерозія емалі зубів (перимоліліз), що супроводжується підвищеною чутливістю та карієсом. Характерною ознакою також є сіалоаденоз — безболісна гіпертрофія навколоушних слинних залоз, що виникає внаслідок постійної хімічної та механічної стимуляції під час очисних циклів [26]. Особливу загрозу для життя становлять механічні пошкодження стравоходу. Постійне напруження при рефлекторному вигнанні їжі може призвести до розривів слизової оболонки, відомих як синдром Меллорі-Вейсса. У важких випадках існує ризик повної перфорації стравоходу (синдром Бурхаве), що супроводжується масивною внутрішньою кровотечею та медіастинітом. Такі ускладнення вимагають

негайної хірургічної інтервенції та мають надзвичайно високий рівень летальності, що робить булімію не менш небезпечною за анорексію [27].

Паралельно з фізичною деструкцією, булімічний цикл підкріплюється потужним психопатологічним механізмом — почуттям провини. Згідно з нашими даними, регулярні напади переїдання з втратою контролю зафіксовані у 45,6% опитаних, при цьому 11,8% респондентів відчують глибоку провину після їжі щодня. Це почуття не виступає стримуючим фактором; навпаки, воно стає інтенсивним стресором, який пацієнт знову намагається купувати через їжу, замикаючи патологічне коло, з якого неможливо вийти без фахової допомоги [8, 28]. Таким чином, булімічний спектр розладів представляє собою стан «уявної рівноваги», де ілюзія контролю над вагою купується ціною системної деградації організму. Висока поширеність компенсаторних стратегій (43,3%) серед молоді вказує на критичне викривлення понять про здоров'я та самозбереження. Розуміння того, що будь-яке «очищення» є не методом корекції фігури, а актом біологічної агресії проти власного серця та метаболізму, має бути наріжним каменем превентивних стратегій у молодіжному середовищі [21, 25].

Вторинна гормональна дисфункція при розладах харчової поведінки є результатом системної адаптації організму до стану хронічного негативного енергетичного балансу. Ключовим механізмом розвитку функціональної гіпоталамічної аменореї є пригнічення пульсуючої секреції гонадотропін-рилізінг гормону (ГнРГ), що призводить до різкого падіння рівнів лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів. Фактично, організм «вимикає» репродуктивну функцію як енерговитратну та неперіоритетну для виживання в умовах дефіциту ресурсів. Дані нашого дослідження підтверджують масштаби цієї проблеми: 42,6% жінок-респондентів повідомили про стійкі порушення менструального циклу, що прямо корелює з практиками жорстких дієтичних обмежень [8, 29]. Тривала гіпоестрогенія у поєднанні з гіперкортизолемією ініціює незворотні дегенеративні зміни у кістковій тканині. Оскільки пік кісткової маси припадає саме на молодий вік, нутритивна депревація призводить до зупинки процесів остеогенезу та патологічної активації остеокластів. Це маніфестує ранньою остеопенією та остеопорозом, які у молодіжному віці часто мають незворотний характер, закладаючи фундамент для патологічних переломів та хронічних захворювань опорно-рухового апарату в майбутньому. Гормональний дефіцит стає «тихим» руйнівником соматичного здоров'я, наслідки якого залишаються навіть після психологічної стабілізації [30, 31].

Окрім репродуктивної системи, глибокої трансформації зазнає тиреоїдний статус. Організм входить у стан «економного метаболізму», знижуючи конверсію тироксину (Т4) у активний трийодтиронін (Т3), що клінічно проявляється гіпотермією, брадикардією та сухістю шкірних покривів. Ці зміни часто супроводжуються порушенням роботи наднирників, де постійний стрес від дисморфобії підтримує високий рівень кортизолу. Така багатовекторна ендокринна дестабілізація робить РХП системним захворюванням, яке неможливо вилікувати без корекції метаболічного фону [31]. Процес одужання

та своєчасного звернення за допомогою суттєво ускладнюється високим рівнем соціальної стигматизації в українському суспільстві. Згідно з результатами нашого анкетування, лише 23,5% респондентів зверталися до фахівців, хоча значно більша кількість демонструє клінічні ознаки розладів. РХП часто сприймаються оточуючими не як хвороба, а як «недолік волі» або «дитячі примхи», що змушує пацієнтів роками приховувати свої симптоми, побоюючись осуду або нерозуміння. Соціальний тиск стає бар'єром, який замикає людину в ізоляції з її патологією [8].

Додатковим фактором латентного перебігу РХП є їхня здатність мімікрувати під сучасну «культуру здоров'я» або біохакинг. Нав'язливе прагнення до «ідеально чистого» харчування (нервова орторексія) часто отримує соціальне схвалення, хоча насправді за цим фасадом стоїть жорстка система заборон, що провокує нутритивний дефіцит та соціальну дезадаптацію. Сучасні соціокультурні умови дозволяють хворобі прогресувати субклінічно до моменту настання важких соматичних ускладнень, оскільки хвороблива одержимість дієтою сприймається як ознака високої дисципліни [32, 33].

Критичною проблемою залишається інституційна незахищеність пацієнтів: 67,6% опитаних констатували недостатність інформації про фахову допомогу в Україні. Це вказує на відсутність налагодженої системи раннього скринінгу та маршрутизації пацієнтів між психологами, дієтологами та ендокринологами. Без доступної мережі безкоштовної психологічної підтримки та популяризації медичних знань про фізіологічні ризики, більшість випадків РХП залишатимуться недиагностованими до критичних стадій [8, 34]. Таким чином, РХП серед молоді виступають як системна загроза громадському здоров'ю, що потребує негайної дестигматизації. Тільки інтеграція психологічної допомоги з глибоким ендокринологічним моніторингом та нутриціологічною освітою здатна перервати ланцюг танатогенезу. Своєчасна діагностика «неявних» форм розладу на етапі перших гормональних коливань є єдиним дієвим алгоритмом для збереження репродуктивного, кісткового та метаболічного потенціалу нації [29, 34].

Висновки.

1. Висока поширеність латентних форм РХП. Результати дослідження підтверджують критичний стан харчової поведінки серед молоді, де майже кожен другий респондент стикається з нападами переїдання та використовує деструктивні методи компенсації. Висока частота прийомів їжі наодинці через сором свідчить про глибоку психологічну дезадаптацію та соціальну ізоляцію, що вимагає створення безпечних груп підтримки для подолання стигми.

2. Деформація самосприйняття під впливом цифрового середовища. Встановлено пряму залежність психоемоційного стану молоді від зовнішніх стандартів та показників маси тіла. Соціальні мережі виступають потужним тригером дисморфофобії, що обґрунтовує необхідність впровадження програм медіаграмотності та тренінгів із позитивного сприйняття тіла для зміщення фокусу з ідеалізованих образів на внутрішнє здоров'я.

3. Критичний дефіцит медичної обізнаності та фізіологічні ризики. Виявлено низький рівень знань про гормональну регуляцію апетиту (систему лептин-грелін), що корелює з втратою здатності чути сигнали власного тіла. Висока частота вторинної гормональної дисфункції у жінок підкреслює необхідність міждисциплінарного підходу, де освітні заходи мають стати частиною профілактики незворотних соматичних змін.

4. Інституційна незахищеність та низька культура звернення за допомогою. Переважна більшість респондентів констатує недостатність інформації про фахову допомогу в Україні. Попри значну поширеність симптомів, рівень особистих звернень до спеціалістів залишається низьким, що вказує на гостру потребу в розбудові доступної мережі психологічної підтримки та популяризації контактів профільних експертів.

5. Необхідність системної дестигматизації. РХП в сучасному суспільстві часто мімікрують під здоровий спосіб життя, що ускладнює ранню діагностику. Подолання цієї проблеми можливе лише через радикальну зміну суспільного дискурсу — перехід від сприйняття РХП як «особистої примхи» до розуміння їх як важкої мультидисциплінарної патології, що потребує комплексного медичного втручання.

Список використаних джерел

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):899–911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with eating disorders and other mental disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):724–31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74. PMID: 21727257.
3. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Aug;14(4):406–14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y. PMID: 22644359.
4. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Am J Med*. 2016 Jan;129(1):30–7. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031. PMID: 26169883.
5. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. 2015 Mar 31;3:11. doi: 10.1186/s40337-015-0040-z. PMID: 25834723.
6. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904–14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020. PMID: 23290497.
7. Saunders JF, Eaton AA. Snaps, shares, and selfies: examining the possible costs of social media use among adolescent girls and young women. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2018 Mar;21(3):180–184. doi: 10.1089/cyber.2017.0556. PMID: 29547008.

8. Результати анкетування «Дослідження обізнаності та поширеності симптомів розладів харчової поведінки (РХП)», квітень 2026 р. (n=68)
9. Klok MD, Jakobsdottir S, Drent ML. The role of leptin and ghrelin in the regulation of food intake and body weight in humans: a review. *Obes Rev.* 2007 Jan;8(1):21–34. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00270.x. PMID: 17212793.
10. Stoving RK, Andries A, Brixen K, et al. Leptin, ghrelin, and endocannabinoids: potential therapeutic targets in anorexia nervosa. *J Drug Des Devel Ther.* 2013 Jun 7;7:427–36. doi: 10.2147/DDDT.S34337. PMID: 23785233.
11. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circulating ghrelin responses to a standard meal in reproductive-age women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 Nov;88(11):5512–4. doi: 10.1210/jc.2003-030960. PMID: 14602761.
12. Tolle V, Kadem M, Bluet-Pajot MT, et al. Balance in ghrelin and leptin plasma levels in anorexia nervosa patients and constitutionally thin women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 Mar;88(3):1090–6. doi: 10.1210/jc.2002-021303. PMID: 12629089.
13. Volkow ND, Wang GJ, Baler R. Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends Cogn Sci.* 2011 Jan;15(1):37–46. doi: 10.1016/j.tics.2010.11.001. PMID: 21109477.
14. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(1):20–39. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.04.019. PMID: 17617461.
15. Leibowitz SF, Alexander JT. Hypothalamic serotonin in control of eating behavior, meal size, and body weight. *Biol Psychiatry.* 1998 Nov 1;44(9):851–64. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00171-x. PMID: 9800072.
16. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav.* 2008 Apr 22;94(1):121–35. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.11.037. PMID: 18164041.
17. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into the neurobiology of anorexia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2009 Jul;22(4):317–20. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283296894. PMID: 19417668.
18. Brooks S, O'Daly O, Uher R, et al. Differential neural responses to food images in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: an fMRI study. *PLOS ONE.* 2011;6(10):e26464. doi: 10.1371/journal.pone.0026464. PMID: 22028882.
19. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Jun;42(2):263–274. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.009. PMID: 31046927.
20. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, et al. Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics.* 2003 Jan;111(1):e98–108. doi: 10.1542/peds.111.1.e98. PMID: 12509605.
21. Hay PJ. Bulimia nervosa. *Clin Evid (Online).* 2009 Jun 16;2009:1009. PMID: 19531252.
22. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J, Rø O, et al. "I'm not thin enough": is unhealthy weight control secondary to excessive exercise in patients with eating disorders? *Int J Eat Disord.* 2011 Nov;44(7):614–21. doi: 10.1002/eat.20853. PMID: 21997424.

23. Meyer C, Taranis L, Goodwin H, Haycraft E. Compulsive exercise and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2011 May-Jun;19(3):174–89. doi: 10.1002/erv.1122. PMID: 21557388.
24. Greenfeld D, Mickley D, Quinlan DM, Roloff P. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):60–3. doi: 10.1176/ajp.152.1.60. PMID: 7802123.
25. Saito S, Takaoka K. Cardiovascular complications in patients with eating disorders. *Intern Med*. 2012;51(1):81–6. doi: 10.2169/internalmedicine.51.6025. PMID: 22214614.
26. Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *J Am Dent Assoc*. 1987 May;114(5):637–40. doi: 10.14219/jada.archive.1987.0142. PMID: 3473177.
27. Frydrych AM, Davies GR, McDermott RB. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J*. 2005 Mar;50(1):6–15. doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00077.x. PMID: 15881300.
28. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge eating disorder: prevalence, predictors and management. *CNS Drugs*. 2017 Apr;31(4):289–305. doi: 10.1007/s40263-017-0414-5. PMID: 28324422.
29. Meczekalski B, Katulski K, Czyzyk A, et al. Functional hypothalamic amenorrhea and its influence on women's health. *J Endocrinol Invest*. 2014 Nov;37(11):1049–56. doi: 10.1007/s40618-014-0169-3. PMID: 25201034.
30. Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014 Jul;2(7):581–92. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70180-3. PMID: 24731665.
31. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011 Oct;96(10):2939–49. doi: 10.1210/jc.2011-1222. PMID: 21816782.
32. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Weight Disord*. 2016 Mar;21(1):11–7. doi: 10.1007/s40519-015-0226-1. PMID: 26345658.
33. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord*. 2019 Apr;24(2):209–246. doi: 10.1007/s40519-018-0606-y. PMID: 30414030.
34. Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbidities and complications. *Nutrients*. 2021 Jan 30;13(2):463. doi: 10.3390/nu13020463. PMID: 33525642.