

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

---

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут  
медицини транспорту

***ВІСНИК***

***МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ***

Науково-практичний журнал  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних  
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук  
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

**№ 1 (110)**  
(січень - березень)

---

Одеса 2026

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

*О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, А. А. Гудима, Г. С. Манасова, В. В. Огоренко, Т. П. Опаріна, І. В. Савицький, С. М. Пасічник, Н. Д. Філінець, В. В. Шухтін, Якименко О. О.*

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

*Х. С. Бозов (Болгарія), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), Н. Ніколіч (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), К. О. Талалаєв (Одеса)*

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту  
м. Одеса, вул. Канатна, 92  
e-mail [nymba.od@gmail.com](mailto:nymba.od@gmail.com)  
Наш сайт - [www.medtrans.com.ua](http://www.medtrans.com.ua)

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 24.03.2026 р.. Підписано до друку 27.03.2026 р. Формат 70×108/164  
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .  
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999  
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005

---

**MINISTRY OF HEALTH CARE OF UKRAINE**

---

State enterprise Ukrainian Research Institute of Transport  
Medicine

***JOURNAL OF MARINE MEDICINE***

Scientific and practical journal  
It is published 4 times a year

Founded in 1997. The magazine is a professional publication of the main results of thesis's and  
works in the field of medical sciences

(Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 886 (Appendix 4)  
dated July 2, 2020)

Certificate of state registration of printed mass media series KV No. 18428-7228PR

**No. 1 (110)**  
**(January - March)**

---

Odessa 2026

---

## EDITORIAL BOARD

**Chief editor A. I. Gozhenko**

*O. M. Ignatiev (deputy editor-in-chief), N. A. Matsegora (responsible secretary), N. S. Badiuk, E. P. Belobrov, R. S. Vastyanov, V. S. Hoydyk, M. I. Golubyatnikov, A. A. Gudyma, G. S. Manasova, V. V. Ogorenko, T. P. Oparina, I. V. Savitsky, S. M. Pasichnyk, N. D. Filipets, V. V. Shukhtin, Yakymenko O. O.*

## EDITORIAL COUNCIL

*H. S. Bozov (Bulgaria), I. V. Denysenko (IMHA), V. A. Zhukov (Poland), S. Idnani (India), A. G. Kyrychenko (Dnipro), M. O. Korzh (Kharkiv), M. M. Korda (Ternopil), N. Nikolic (Croatia), M. G. Prodanchuk (Kyiv), M.S. Regeda (Lviv), K. O. Talalaev (Odessa)*

---

Address of the editorial office

---

Address of the editorial office  
65039, SE UkrNDI for medicine of transport  
Odessa, str. Kanatna, 92  
e-mail nymba.od@gmail.com  
Our website - [www.medtrans.com.ua](http://www.medtrans.com.ua); [herald.org.ua](http://herald.org.ua)

---

Editor N. I. Yefremenko

Submitted for typing on 03/24/2026. Signed for printing on 03/27/2026. Format 70×108/164  
Offset paper No. 2. Offset printing. Terms and conditions - print sheet. .  
Deputy No. 2/9/15 Circulation 100 approx.

## ОСОБЛИВОСТІ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Одеський національний медичний університет

### Authors information

Волянюк А.В. <https://orcid.org/0009-0008-8286-3198>

Рожковська Н.М. <https://orcid.org/0000-0001-7860-3272>

**Summary.** Volyanyuk A. V., Rozhkovska N. M. **FEATURES OF THE OVARIAN RESPONSE OF PATIENTS WITH OVARY ENDOMETRIOSIS IN ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY PROGRAMS.** – *Odessa National Medical University; e-mail: [nrozhkovska@ukr.net](mailto:nrozhkovska@ukr.net).* **Background.** Endometriosis is a chronic estrogen-dependent inflammatory disease and one of the leading causes of female infertility. Ovarian endometriomas are among the most common manifestations of endometriosis and may be associated with changes in ovarian reserve and ovarian response in assisted reproductive technology (ART) programs. However, the optimal management strategy for infertile women with endometriomas, including the role of surgical treatment prior to ART, remains controversial. **Objective.** To determine the characteristics of ovarian response in infertile women with endometriosis undergoing treatment in assisted reproductive technology programmes. **Materials and Methods.** We observed 46 patients with infertility aged 27-43 years ( $35.0 \pm 3.4$ ) who underwent treatment in ART programmes. The patients were divided into three groups: Group 1 (main) – 18 patients after surgical treatment for ovarian endometrioma; Group 2 (comparison) – 12 women with ovarian endometriosis without prior surgery; Group 3 (control) - 16 patients with tubal infertility. The following parameters were analysed: patient age, anti-Müllerian hormone (AMH) level, number of antral follicles, type of controlled ovarian stimulation protocol, duration of stimulation, total gonadotropin dose, number of follicles punctured, and number of oocytes obtained in the metaphase II (MII) phase. Each stimulation cycle was considered as an independent analytical unit. The embryological stage of ART was not evaluated in this study. **Results.** Women with endometriosis (group 1 and 2) demonstrated marked clinical and hormonal heterogeneity. Both groups of patients with ovarian endometriomas, regardless of previous surgical treatment, showed a tendency toward reduced ovarian response compared to the control group, reflected by a lower number of retrieved MII oocytes per cycle. Ovarian response varied widely and was strongly influenced by patient age and AMH level. **Conclusions.** Infertile women with endometriosis undergoing ART are characterized by significant clinical and hormonal heterogeneity. The presence of ovarian endometriomas is associated with a tendency toward decreased ovarian response irrespective of prior surgical treatment. Age and AMH level remain key determinants of ovarian response in ART programs.

**Key words:** endometriosis, ovarian endometrioma, infertility, assisted reproductive technology, ovarian reserve, ovarian response, anti-Müllerian hormone, metaphase II oocytes.

**Реферат.** Волянюк А. В., Рожковська Н. М. **ОСОБЛИВОСТІ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.** Ендометріоз — це хронічне естрогензалежне запальне захворювання і одна з головних причин жіночого безпліддя. Ендометріоми яєчників є одними з найпоширеніших проявів ендометріозу і можуть бути пов'язані зі змінами в оваріальному резерві та реакції яєчників у програмах допоміжних

репродуктивних технологій (ДРТ). Однак оптимальна стратегія лікування безплідних жінок з ендометріозом, включаючи роль хірургічного лікування перед ДРТ, залишається суперечливою. **Мета.** Визначити особливості оваріальної відповіді у безплідних жінок з ендометріозом, які проходять лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій. **Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 46 пацієнок з безпліддям віком 27-43 роки ( $35,0 \pm 3,4$ ) роки які проходили лікування в програмах ДРТ. Пацієнтки були розподілені на 3 групи: 1 група (основна) - 18 пацієнок після хірургічного лікування ендометріом яєчників, 2 група (порівняння) - 12 жінок з ендометріозом яєчників без попередньої хірургічної операції, 3 група (контрольна) - 16 пацієнок з трубним фактором безплідності. Були проаналізовані наступні параметри: вік пацієнок, рівень антимюллерова гормону (АМГ), кількість антральних фолікулів, тип протоколу контрольованої оваріальної стимуляції, тривалість стимуляції, загальна доза гонадотропіну, кількість пункційованих фолікулів та кількість отриманих ооцитів у фазі метафази II (МІІ). Кожен цикл стимуляції розглядався як незалежна аналітична одиниця. Ембріологічна стадія ДРТ у цьому дослідженні не оцінювалася. **Результати.** Пацієнтки з ендометріозом (1 та 2 група) демонстрували значну клінічну та гормональну гетерогенність та тенденцію до зниження оваріальної відповіді порівняно з контрольною групою, що відображалось у меншій кількості отриманих ооцитів МІІ за цикл. Оваріальна відповідь значно варіювалася і залежала від віку пацієнок та рівня АМГ. **Висновки.** Безплідні жінки з ендометріозом, які проходять ДРТ, характеризуються значною клінічною та гормональною гетерогенністю. Наявність ендометріом яєчників асоціюється з тенденцією до зниження оваріальної відповіді незалежно від попереднього хірургічного лікування. Вік та рівень АМГ залишаються ключовими визначальними факторами оваріальної відповіді в програмах ДРТ.

**Ключові слова:** ендометріоз, ендометріома яєчників, безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, оваріальний резерв, оваріальна відповідь, антимюллерів гормон, ооцити в метафазі II.

## Вступ

Ендометріоз є хронічним естрогензалежним запальним захворюванням, що характеризується наявністю ендометріоподібної тканини поза маткою та асоціюється з больовим синдромом і порушенням репродуктивної функції. Відомо, що ендометріоз зустрічається у 10% жінок репродуктивного віку та у 40–50% жінок із безпліддям [1].

Однією з найпоширеніших форм захворювання є ендометріодні кісти яєчників (ендометріоми), які діагностують у 17–44% жінок з ендометріозом [2, 3]. Наявність ендометріом може негативно впливати на оваріальний резерв через хронічне запалення, оксидативний стрес і фіброз кори яєчника, що має безпосереднє клінічне значення у пацієнок із безпліддям [4, 5].

Незважаючи на значну кількість досліджень, наразі не існує оптимальної тактики ведення безплідних пацієнок з ендометріозом. Зокрема, дискусійним залишається питання доцільності первинного хірургічного лікування ендометріодних кіст з подальшим проведенням програм допоміжних репродуктивних технологій або застосування екстракорпорального запліднення без попереднього оперативного втручання. Відсутність єдиних підходів обумовлена суперечливими даними щодо впливу хірургічного лікування на оваріальний резерв і результати програм ДРТ [4–6].

Окрім кількісних показників оваріального резерву, останніми роками все більше уваги приділяється впливу ендометріозу на якість ооцитів, зокрема через механізми оксидативного стресу, порушення мейотичного дозрівання, змін мікрооточення фолікулів та дисфункції мітохондрій. Саме порушення якості ооцитів розглядається як один із ключових чинників зниження ефективності програм ДРТ у пацієнок з ендометріозом, навіть за умови задовільної оваріальної відповіді [7–9].

Отже, детальна клінічна характеристика пацієнок з ендометріозом у програмах ДРТ, зокрема аналіз гормональних показників та параметрів контрольованої стимуляції яєчників, є необхідною для оптимізації тактики лікування цієї категорії жінок.

**Мета дослідження.** Визначити особливості оваріальної відповіді у безплідних жінок з ендометріозом, які проходять лікування в програмах допоміжних репродуктивних технологій.

**Матеріали та методи.** Робота виконувалась на клінічних і лабораторних базах Одеського національного медичного університету МОЗ України. Усі лабораторні, біохімічні, морфологічні, мікроскопічні дослідження виконувалися у сертифікованих лабораторіях ОНМедУ. Ультрасонографію виконували за допомогою сканера Voluson E8 (США) з використанням конвексного (2,0-5 МГц) та трансвагінального датчика з частотою 7,5 МГц. Всі необхідні обстеження виконували згідно наказів МОЗ України № 787 від 09.09.2013 р. «Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні та № 319 від 06.04.2016 р. «Уніфікований клінічний протколпервинної, втоинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієток з генітальним ендометріозом», № 1030/102 від 29.11. 2013 року «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні».

Під нашим спостереженням перебували 46 пацієток з безпліддям віком 27-43 роки (35,4 $\pm$ 3,3) роки, які проходили лікування в програмах ДРТ. Пацієтки були розподілені на 3 групи: 1 група (основна) - 18 пацієток після хірургічного лікування ендометріом яєчників, 2 група (порівняння) - 12 жінок з ендометріозом яєчників без попередньої хірургічної операції, 3 група (контрольна) - 16 пацієток з трубним фактором безплідності.

Були проаналізовані наступні параметри: вік пацієток, індекс маси тіла скарги, анамнез, стан менструальної та репродуктивної функції, рівень антимюллерова гормону (АМГ), кількість антральних фолікулів (КАФ), тип протоколу контрольованої оваріальної стимуляції, тривалість стимуляції, загальна доза гонадотропіну, кількість пункційованих фолікулів та кількість отриманих ооцитів у фазі метафази II (МІІ). Кожен цикл стимуляції розглядався як незалежна аналітична одиниця. Ембріологічна стадія ДРТ у цьому дослідженні не оцінювалася.

Дослідження виконане відповідно до міжнародних рекомендацій, спрямованих на захист прав і безпеки пацієнтів, включаючи Гельсінську декларацію та звіт Бельмонта, рекомендацій Ради міжнародних організацій медичних наук і Міжнародної конференції з гармонізації належної клінічної практики.

Для проведення статистичного аналізу використовувалися стандартні функції програмного пакету MS Excel. Визначення критеріальних значень та основні обчислення проводилися за допомогою статистичних пакетів програми STATISTICA 13.0 (ПІВСО, США). Для оцінки достовірності відносних величин використовували t-критерій Стьюдента, відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

### **Результати**

Вік обстежених пацієток з безплідністю варіював від 27 до 43 років, індекс маси тіла складав (24, 8 $\pm$ 0,3) кг/м<sup>2</sup> що, можливо, пов'язано зі старшим віком пацієток. За віком, індексом маси тіла, віком менархе достовірних відмінностей не було. Пацієтки 1-2 груп частіше скаржились на дисменорею, диспареунію, хронічні тазові болі ніж пацієтки 3 групи. Тривалість безпліддя складала в середньому (5,7 $\pm$ 1,2) року, первинне і вторинне безпліддя зустрічалось з порівняною частотою. Більшість пацієток 1 групи мали обтяжений хірургічний анамнез з множинними оперативними втручаннями на органах малого таза, включно з енуклеацією ендометріюїдних кіст, адгезіолізисом та перитонектомією (рис. 1).

Рівень антимюллерового гормону в 1 групі пацієток коливався від 0,22 до 5,04 нг/мл, що свідчило про значну гетерогенність оваріального резерву після хірургічного лікування (рис. 2, таблиця).



Рис. 1. Види оперативних втручань у пацієток 1 групи

Вік пацієток 2 групи варіював від 23 до 41 року ( $38,0 \pm 3,4$ ) року. Рівень антимюллерового гормона коливався від 0,16 до 2,17 нг/мл. У цій групі спостерігалася значна міжіндивідуальна варіабельність оваріального резерву - від помірно зниженого до вкрай низького. Тривалість стимуляції становила 9–11 днів, сумарна доза гонадотропінів - від 2250 до 4125 МО. Кількість отриманих ооцитів метафази II дорівнювала від 1 до 7 на цикл.

Медіана віку пацієток контрольної групи становила 38,0 років (34–41 рік). Рівень антимюллерового гормона варіював від 0,18 до 3,08 нг/мл. Кількість отриманих ооцитів метафази II на цикл коливалася від 1 до 9. В усіх групах застосовували протоколи контрольованої стимуляції яєчників з антагоністами гонадотропін-рилізінг гормонів (антагоністи ГнРГ). Тривалість стимуляції становила від 9 до 13 днів, сумарна доза гонадотропінів - від 2175 до 4950 МО. Кількість отриманих ооцитів метафази II на цикл коливалася від 2 до 11 і залежала від рівнів АМГ (рис. 2).

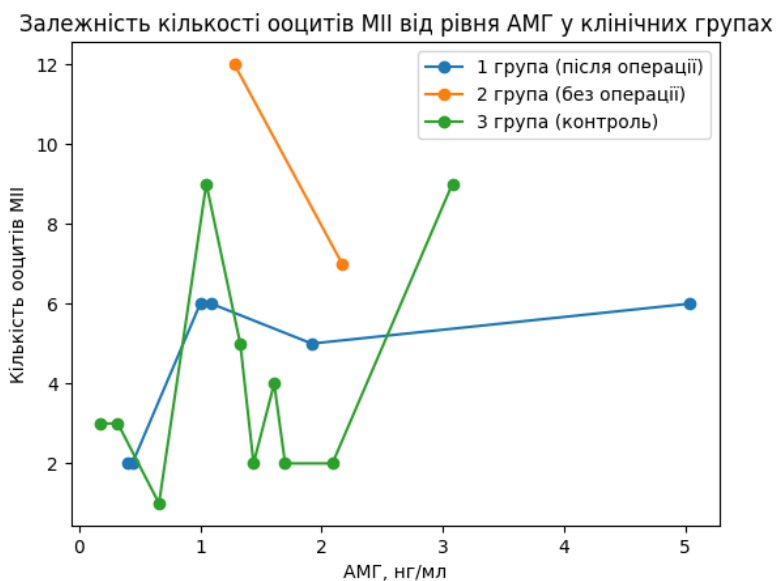


Рис. 2. Залежність кількості ооцитів метафази II від рівня АМГ

Порівняльний аналіз клінічних та гормональних показників у досліджуваних групах продемонстрував тенденцію до зниження оваріальної відповіді у пацієток з ендометріозом, як після оперативного лікування ендометріюїдних кіст, так і без попереднього хірургічного втручання, порівняно з контрольною групою (таблиця).

Слід зазначити, що в усіх групах рівень АМГ менше 1 нг/мл спостерігався у кожній другій пацієнтки, а вік 35 років і старше був у кожній третій жінки, що впливало на показники КАФ і АМГ.

Отримані нами результати показали залежність оваріальної відповіді від віку пацієнток і рівня антимюллерового гормону як у пацієнток з ендометріозом обох груп, так і пацієнток з трубним фактором неплідності. Для визначення чіткого зв'язку оваріальної відповіді з наявністю ендометріозу, проведеними оперативними втручаннями на яєчниках, необхідні подальші дослідження.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика циклів ДРТ у обстежених пацієнток**

Показник	1 група (n=18)	2 група(n=12)	3 група (n=16)
Кількість пацієнток	18	12	16
Кількість циклів ДРТ	26	15	20
Вік, роки	35,5 $\pm$ 3,6	38,0 $\pm$ 3,4	38,0 $\pm$ 3,2*
АМГ, нг/мл	1,05 $\pm$ 0,45	1,22 $\pm$ 0,19	1,44 $\pm$ 0,23*
Тривалість стимуляції, дні	10,2 $\pm$ 0,3	10,1 $\pm$ 0,1	10,2 $\pm$ 0,2*
Доза гонадотропінів, МО	3375 $\pm$ 270	3000 $\pm$ 340	3200 $\pm$ 250*
Ооцити МП на цикл, n	4,5 $\pm$ 1,3	2,5 $\pm$ 1,2	3,3 $\pm$ 1, 3*

Примітка: \*оцінка достовірності відмінностей між групами  $p > 0,05$

**Обговорення**

Отримані результати свідчать про значну клінічну та гормональну гетерогенність безплідних жінок з ендометріозом у програмах допоміжних репродуктивних технологій. Наявність ендометріодних кіст яєчників, незалежно від факту оперативного лікування, асоціюється з тенденцією до зниження оваріальної відповіді порівняно з жінками без ендометріозу [ 1, 9 ].

У пацієнток після оперативного лікування ендометріодних кіст спостерігалася широка варіабельність показників оваріального резерву, що, ймовірно, відображає поєднаний вплив самого захворювання та хірургічного втручання. У групі пацієнток без оперативного лікування більш виражене зниження оваріальної відповіді відзначалося у жінок пізнього репродуктивного віку з низьким рівнем АМГ, що підкреслює ключову роль віку та гормонального статусу у формуванні клінічних результатів програм ДРТ, що узгоджується з даними інших дослідників [2,10].

**Висновки**

1. Безплідні жінки з ендометріозом у програмах допоміжних репродуктивних технологій характеризуються значною клінічною та гормональною гетерогенністю.

2. У пацієнток з ендометріодними кістами яєчників, як після оперативного лікування, так і без попереднього хірургічного втручання, спостерігається тенденція до зниження оваріальної відповіді та значна міжіндивідуальна варіабельність її показників порівняно з жінками без ендометріозу.

3. Вік пацієнток та рівень антимюллерового гормону є ключовими чинниками, що визначають характер оваріальної відповіді у програмах допоміжних репродуктивних технологій незалежно від факту оперативного лікування ендометріодних кіст.

4. Отримані результати підкреслюють необхідність подальшого вивчення проблеми оваріальної відповіді у програмах допоміжних репродуктивних технологій і якості ооцитів у пацієнток з ендометріозом.

**Літератури/References:**

1. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliamoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009. PMID: 35350465

2. Hoyle A.T., Puckett Y. Endometrioma. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559230/>

3. Younis JS, Shapso N, Ben-Sira Y, Nelson SM, Izhaki I. Endometrioma surgery-a systematic review and meta-analysis of the effect on antral follicle count and anti-Müllerian hormone. Am J Obstet Gynecol. 2022

4. О. М. Юзько, Б. Ю. Тофан. Прогнозування настання вагітності при лікуванні ендометріоз-асоційованого безпліддя. Клінічна та експериментальна патологія 2022. Т.21, No2 (80). С. 65-69. DOI:10.24061/1727-4338. XXI.2.80.2022.11

5. Metzemaekers J., Lust E., Rhemrev J., Van Geloven N., Twijnstra A., Van Der Westerlaken L., Jansen F. Prognosis in fertilisation rate and outcome in IVF cycles in patients with and without endometriosis: A population-based comparative cohort study with controls. *Facts Views Vis. Obgyn.* 2021;13:27–34. doi: 10.52054/FVVO.13.1.007.

6. Robin C., Uk A., Decanter C., Behal H., Collinet P., Rubod C., Barbotin A.-L., Robin G. Impact of endometriosis on oocyte morphology in IVF-ICSI: Retrospective study of a cohort of more than 6000 mature oocytes. *Reprod. Biol. Endocrinol.* 2021;19:160. doi: 10.1186/s12958-021-00798-x.

7. Alshehre SM, Narice BF, Fenwick MA, Metwally M. The impact of endometrioma on in vitro fertilisation/intra-cytoplasmic injection IVF/ICSI reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Jan;303(1):3-16. doi: 10.1007/s00404-020-05796-9. Epub 2020 Sep 26. PMID: 32979078; PMCID: PMC7854445.

8. Хміль С. В., Візняк Т. Б. Ендометріоз-асоційована хірургія: вплив лапароскопічних операцій на результати екстракорпорального запліднення і у жінок з ендометріозом яєчників. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*, 2024.(2), 41–47. <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2024.2.14845>

9. Рожковська Н., Волянук А. Проблема безплідності та якості ооцитів при ендометріозі. *Репродуктивне здоров'я жінки*, 2025 (5), 112–117. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337960>

10. Findikli, N.; Janssens, S.; Fasano, G.; Demeestere, I.; Fastrez, M.; Houba, C.; Delbaere, A. The Effects of Endometriosis on Oocyte and Embryo Quality. *J.Clin.Med.* 2025, 14,2339. <https://doi.org/10.3390/jcm14072339>

**Внесок авторів / authors' contribution** Автори стверджують про рівний вклад в написання роботи. Всі автори прочитали й погодились з опублікованою версією рукопису.

**Фінансування /Funding** Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування

**Висновок комісії по біоетиці/Institutional Review Board Statement** Для проведення дослідження отримано позитивне рішення комісії з біоетики ОНМедУ (протокол N 1 від 23 жовтня 2024 року), дотримано основних морально-етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень.

**Заява про поінформовану згоду /Informed Consent Statement** Від пацієнтів було отримано письмову поінформовану згоду на обробку персональних даних та їх подальше використання.

**Конфлікт інтересів /Conflicts of Interest** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів

Робота надійшла в редакцію 20.02.2026 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

Галицька-Пасічник Н. Р. <b>КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ТА ТРАВМАФОКУСО- ВАНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ НА ЗАМІСНІЙ ПІДТРИМУВАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ</b> .....45	Halytska-Pasichnyk N. R. <b>COGNITIVE-BEHAVIORAL AND TRAUMA-FOCUSED INTERVENTIONS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS UNDERGOING OPIOID AGONIST MAINTENANCE THERAPY</b> .....45
Пилипенко Д. Г., М'якішев О. Є. Перчик А. О., Орловська Л. С. Націнець В. Й., Опря Є. В. Донець О. Ю. <b>АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК КОМПЛЕКСНА ПРОБЛЕМА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ</b> ...51	Pylypenko D. G., Myakishev O. E. Perchik A. O., Orlovskam L. S. Natsinets V. Y., Oprya Ye. V. Donets O. Yu. <b>ALCOHOL DEPENDENCE AS A COMPLEX PROBLEM IN CONDITIONS OF MARTIAL LAW</b> .....51
Авраменко А. О., Магденко Г. К. Короленко Р. М., Васюк В. Л. Макарова Г. В. <b>ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ФОРМУВАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗ- КОВИХ УРАЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ З НИЗЬКОЮ КОНЦЕНТРАЦІЄЮ НР-ІНФЕКЦІЇ НА СЛИЗОВІЙ ШЛУНКА</b> .....61	Avramenko A. A., Magdenko A. K. Korolenko R. N., Vasuk V. L. Makarova G. V. <b>INFLUENCE OF TOBACCO SMOKING ON THE FORMATION OF EROSIVE- ULCERATING LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS WITH LOW CONCENTRATION OF HP INFECTION ON THE GASTRIC MUCOSA</b> .....61
Нікітін О. Д., Оніс Р. О. <b>МОЖЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ФІТОТЕРАПІЇ СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА ЕРЕКТИЛЬ- НОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ</b> .....67	Nikitin O. D., Onis R. O. <b>POSSIBILITIES OF COMBINED PHYTOTHERAPY OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND CHRONIC PROSTATITIS</b> .....67
Волянчук А. В., Рожковська Н. М. <b>ОСОБЛИВОСТІ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ</b> .....79	Volyanyuk A. V., Rozhkovska N. M. <b>FEATURES OF THE OVARIAN RESPONSE OF PATIENTS WITH OVARY ENDOMETRIOSIS IN ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY PROGRAMS</b> .....79
Бойко А. І., Половинка В. П. <b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВ- НОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КАМЕНЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СЕЧОВОДУ</b> .....85	Boyko A., Polovynka V. <b>COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH PROXIMAL URETERAL STONES</b> .....85
Самойленко Г. Є., Носенко В. М. Самойленко І. Г., Носенко О. М. <b>КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТУМЕСЦЕНТНОЇ ЛІПОСАКЦІЇ ВЕЛИКОГО ОБ'ЄМУ</b> .....91	Samoilenko G. E., Nosenko V. M. Samoilenko I. G., Nosenko O. M. <b>CLINICAL EXPERIENCE IN TREATING ANEMIA IN PATIENTS AFTER LARGE- VOLUME TUMESCENT LIPOSUCTION</b> .....91