

Рішення
разової спеціалізованої вченої ради ДФ 26.613.288
про присудження ступеня доктора філософії

Здобувач ступеня доктора філософії **Поліщук Людмила Миколаївна**, 21.10.1986 року народження, громадянка України, освіта вища: закінчила в 2011 році Буковинський державний медичний університет за спеціальністю «лікувальна справа», працює старшим ординатором відділення реанімації та інтенсивної терапії для хірургічних хворих клініки невідкладної медичної допомоги інтенсивної терапії анестезіології реанімації та детоксикації Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», виконала акредитовану освітньо-наукову програму третього рівня вищої освіти за спеціальністю «Медицина».

Разова спеціалізована вчена рада ДФ 26.613.288, утворена наказом Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика від «15» квітня 2026 року (протокол №5) у складі:

Голови разової
спеціалізованої вченої ради -

Голяновського Олега Володимировича, доктора медичних наук, професора, професора кафедри акушерства та гінекології НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

Рецензентів -

Біляєва Андрія Вікторовича, доктора медичних наук, професора, професора кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

Жежера Андрія Олександровича, кандидата медичних наук, доцента, доцента кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

Офіційних опонентів -

Кобеляцького Юрія Юрійовича, доктора медичних наук, професора, професора кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів Дніпропетровського державного медичного університету;

Філик Ольги Володимирівни, доктора медичних наук, професора, професора кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

на засіданні «29» травня 2026 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» **Поліщук Людмилі Миколаївні** на підставі публічного захисту дисертації «**Оптимізація періопераційного знеболення при абдомінальній гістеректомії**» за спеціальністю 222 «Медицина».

Дисертацію виконано в Національному університеті охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Науковий керівник: Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології

Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
Ткаченко Руслан Опанасович.

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, містить нові науково обгрунтовані результати проведених здобувачем досліджень, які виконують конкретне наукове завдання, що має істотне значення для певної галузі знань. Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 року №40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Медицина».

Здобувач має 7 наукових публікацій за темою дисертації, з них 2 - у наукометричних індексованих виданнях (Scopus Q3), 3 - у виданнях, затверджених ДАК МОН України та 2 публікації – в періодичних іноземних виданнях (англійською мовою):

1. Ткаченко Р, Зайченко С, Поліщук Л, Петриченко В. Місце мультимодальної анестезії/аналгезії в сучасному періопераційному веденні пацієнтів (огляд літератури). *Pain, anaesthesia & intensive care*. 30 Червня 2024; (2(107): 14–22. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.2\(107\).2024.308305](https://doi.org/10.25284/2519-2078.2(107).2024.308305) (Дисертантом здійснено збір та аналіз літературних джерел, узагальнено отримані дані, написано текст та підготовлено матеріали до друку).

2. Ткаченко РО, Єн-Дін К, Поліщук ЛМ, Петриченко ВВ. Адаптована шкала Brief Pain Inventory – Short Form як метод вивчення хронізації болю після гістеректомії. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 31 липня 2025; 5(84): 93–98. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337957> (Дисертантом сформульовано ідею роботи, розроблено дизайн дослідження, проведено анестезіологічне забезпечення та анкетування, виконано аналіз матеріалу та написано текст).

3. Polishchuk L, Tkachenko R. The Effect of Anesthesia Method on Hemodynamics during Abdominal Hysterectomy: A Comparative Analysis». *Acta Scientific Gastrointestinal Disorders. International Open Library*. 10 April 2025; 8(5): 07-13. <https://doi.org/10.31080/ASGIS.2025.08.0723> (Дисертантом сформульовано ідею роботи, розроблено дизайн дослідження, проведено анестезіологічне забезпечення, виконано аналіз отриманих результатів, написано текст та підготовлено матеріали до друку).

4. Поліщук Л, Ткаченко Р. Ад'ювантна спінальна анестезія як ефективний підхід до управління післяопераційним болем при абдомінальній гістеректомії: порівняльне клінічне дослідження. *Pain, anaesthesia & intensive care*. 15 Вересня 2025; 3(112): 20–27. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.3\(112\).2025.339047](https://doi.org/10.25284/2519-2078.3(112).2025.339047) (Дисертантом сформульовано ідею роботи, розроблено дизайн дослідження, проведено анестезіологічне забезпечення, виконано аналіз отриманих результатів, написано текст та підготовлено матеріали до друку).

5. Поліщук ЛМ, Ткаченко РО. Вплив різних методів анестезіологічного забезпечення на динаміку показників стресової та запальної відповіді у пацієнток при абдомінальній гістеректомії. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. Жовтень 2025; 15(3(57):90-96. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XV.3.57.2025.13> (Дисертантом сформульовано ідею роботи, розроблено дизайн дослідження, проведено анестезіологічне забезпечення, виконано аналіз отриманих результатів, написано текст та підготовлено матеріали до друку).

6. Поліщук Л, Ткаченко Р. Вплив різних варіантів анестезії на розвиток хронічного болю після абдомінальній гістеректомії. *Збірник наукових праць асоціації акушер - гінекологів України*. 10 вересня 2025; 1(55):15-19. [https://doi.org/10.35278/2664-0767.1\(55\).2025.349380](https://doi.org/10.35278/2664-0767.1(55).2025.349380) (Дисертанту належить ідея роботи, розроблено дизайн дослідження, здійснено анестезіологічне забезпечення, аналіз матеріалу, написання тексту, формулювання висновків).

7. Veresniuk N, Polishchuk L, Buhaiova O, Fartushok T. Genetic aspects of gynaecological diseases: new approaches to diagnosis and treatment. *Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]*. 2025 Jan. 1 [cited 2025 Oct. 7];5:1195. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251195> (Дисертантом проведено аналітичний огляд проблеми, здійснено збір та узагальнення отриманих даних, написано фрагмент роботи).

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1. Голяновський Олег Володимирович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри акушерства та гінекології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

2. Біляєв Андрій Вікторович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання 1. Чим можна пояснити відсутність сумачії гіпотензивного ефекту при одночасному виконанні спінальної анестезії та системному введенні дексмететомідину?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Андрій Вікторович, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Дексмететомідин є селективним агоністом альфа - 2 адренорецепторів. Має двофазну, дозозалежну дію. У високій дозі впливає на периферичні альфа - 2 адренорецептори гладких м'язів судин, викликає помірну вазоконстрикцію, яка частково компенсує вазодилатацію, що виникає внаслідок симпатичної блокади при спінальній анестезії.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 2. Під час характеристики тремтіння після закінчення операції наводиться наступна теза: «...Імовірно це пов'язане з відсутністю контрольованого антисеротонінового чи опіоїдного супроводу в режимі спінальної анестезії без ад'ювантів, що може посилювати автономну відповідь на температурні зміни під час відновлення після операції». Вона вимагає пояснення.

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Андрій Вікторович, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Відомо, що післяопераційне тремтіння (шиверинг) під час спінальної анестезії виникає внаслідок блокади симпатичної нервової системи, що призводить до вазодилатації та збільшення тепловіддачі. У відповідь на це організм запускає тремтіння як компенсаторну терморегуляційну реакцію. Проте існують й інші механізми терморегуляції, які залишаються в тіні та менш вивченими. За даними літератури, опіоїди в мікродозах здатні безпосередньо впливати на терморегуляційний центр гіпоталамуса, знижуючи поріг активації тремтіння. Серотонін та прозапальні медіатори діють як пірогени, що зміщують установчу точку терморегуляції, підвищуючи інтенсивність шиверингу. За відсутності фармакологічного контролю над цими ланками патогенезу, гіпоталамус запускає виражену захисну компенсаторну реакцію у вигляді генералізованого тремтіння.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Біляєв Андрій Вікторович. Робота повністю відповідає критеріям актуальності, методологічної якості, наукової новизни та практичної значущості відповідно до пунктів пп. 6, 7, 8 Порядку присудження ступеня доктора філософії (Постанова КМУ № 44 від 12.01.2022) і вимог оформлення дисертацій (Наказ МОН № 40 від 12.01.2017 в редакції від 12.07.2019). Здобувач продемонструвала належний рівень наукової кваліфікації і може бути рекомендована та заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина».

3. Жежер Андрій Олександрович, кандидатат медичних наук, доцент, доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії з курсом дитячої анестезіології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання 1. Чи фіксувалися у ході дослідження випадки депресії дихання (апное) при інтратекальному введенні морфіну і фентанілу?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Андрій Олександрович, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Ні, в нашому дослідженні ми не зареєстрували жодного випадку апное при інтратекальному введенні опіоїдів. Доза 100 мкг морфіну та 20 мкг фентанілу вважається безпечною, що підтверджується численними літературними даними. Описані випадки депресії дихання при інтратекальному введенні 100 мкг морфіну у пацієнток з ожирінням з частотою 1 на 1300 введень. Не рекомендується застосування понад 300 мкг морфіну інтратекально, так як

підвищується ризик апное, важливо дотримуватися безпечних меж дозування. В нашій роботі ми застосовували два опіоїдні препарати у зв'язку з їх різною фармакокінетикою, різним початком та тривалістю дії. Поєднане застосування морфіну та фентанілу дозволяє зменшити дозу кожного опіоїду та мінімізувати побічні ефекти.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Жежер Андрій Олександрович: Дисертація Поліщук Л. М. повністю відповідає вимогам пп. 6, 7, 8 Порядку присудження ступеня доктора філософії (Постанова КМУ від 12.01.2022 № 44) та вимогам до оформлення дисертацій (наказ МОН України від 12.01.2017 № 40). Робота рекомендується до офіційного захисту, а її автор заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність 14.01.30 «Анестезіологія та інтенсивна терапія»).

4. Кобеляцький Юрій Юрійович, доктор медичних наук, професора, професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів Дніпропетровського державного медичного університету. Зауважень немає.

Запитання 1. Якими настановами та протоколами ви керувалися при застосуванні дексаметазону інтратекально?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Юрію Юрійовичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. При застосуванні дексаметазону ми регламентувалися статтею 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який дозволяє застосовувати клінічні настанови та протоколи лікування, що не затверджені МОЗ України, за умов наявності інформованої згоди пацієнта; наказом МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 р., який дозволяє застосовувати міжнародні протоколи лікування без їх адаптації. Проведення дослідження схвалено етичною комісією НУОЗ України імені П. Л. Шупика (протокол № 1 від 09.01.2023 р.). Усі пацієнти підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Також хотілося б зазначити, що дексаметазон є чистим розчином натрію фосфату без нейротоксичних консервантів, що підтверджено державною реєстрацією (на відміну від депо-форм, які категорично заборонені для інтратекального введення через ризик розвитку арахноїдиту). Це робить дексаметазон безпечним для субарахноїдального введення, що підтверджується даними міжнародних рандомізованих клінічних досліджень та метааналізів Cochrane і PROSPECT. Окрім того, в офіційній інструкції до дексаметазону передбачено інтратекальний шлях введення при лікуванні серозного менінгіту.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 2. Який механізм антиеметичної дії дексаметазону при його інтратекальному введенні? В чому його переваги над внутрішньовенним введенням?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Юрію Юрійовичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. За даними наукової літератури, попри профілактичне внутрішньовенне (в/в) введення антиеметичних препаратів, у 10–15% пацієнтів розвивається післяопераційна нудота та блювання (ПОНБ). Дексаметазон має доведену антиеметичну ефективність при в/в застосуванні, хоча патофізіологічний механізм його дії до кінця не з'ясований. Наразі розглядають як прямий, так і опосередкований ефекти глюкокортикоїдів. Зокрема, антиеметична дія дексаметазону реалізується через блокування фосфоліпази А2, що призводить до зниження синтезу простагландинів, які сенсibiliзують блювотний центр; пригнічення вивільнення серотоніну, що виступає основним медіатором блювотного рефлексу; зниження проникності гематоенцефалічного бар'єру для екзо- та ендогенних токсинів, а також зменшення набряку і запальної реакції у хеморецепторній тригерній зоні стовбура мозку.

При інтратекальному введенні дексаметазон минаючи гематоенцефалічний бар'єр, безпосередньо через спинномозкову рідину досягає до рецепторних структур стовбура мозку, що дозволяє досягти високої локальної концентрації при застосуванні мінімальних доз препарату. Крім того, такий регіонарний шлях, за рахунок зменшення абсорбції, мінімізує

ризик розвитку системних побічних ефектів, притаманних глюкокортикоїдам, таких як транзиторна гіперглікемія, імуносупресія та затримка рідини.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 3. На підставі чого ви провели модифікацію опитувальника BPI- SF?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Юрію Юрійовичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Модифікацію опитувальника BPI - SF ми проводили на підставі: мови, часу, нозології, структури та цифровізації.

Для визначення внутрішньої надійності запропонованої нами адаптованої анкети BPI-SF ми визначали коефіцієнт альфа Кронбаха 0,70 (0,67 - 0,74), що вказував на достатньо високу надійність запропонованої адаптованої анкети BPI-SF і можливість її застосування при дослідженні ХПОБ після гістеректомії. Для подальшої оцінки валідності ABPI-SF ми провели корелятивний аналіз з анкетною BPI-SF Кліланда, яка була взята за основу при розробці адаптованої анкети. Отримані результати показали достатньо тісну корелятивну залежність ($r = 0,702$; $p = 0,019$) між цими анкетами, що ще раз вказує на можливість застосування запропонованої нами анкети. ABPI-SF була валідизована українською мовою і затверджена етичною комісією Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (протокол №3 від 31.01.2025р.). Запропонована нами анкета ABPI-SF дозволяла проводити анкетування пацієток у дистанційному режимі з використанням сучасних методів комунікації.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 4. Яким чином ви здійснювали анкетування пацієнтів через 3 місяці після оперативного втручання для діагностики хронічного больового синдрому?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановний Юрію Юрійовичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Адаптовану анкету BPI-SF було цифровізовано за допомогою платформи Google Forms. Через три місяці після абдомінальної гістеректомії пацієнтки отримували повідомлення з посиланням на цей онлайн-опитальник. Результати анкетування автоматично збиралися в Google Sheets.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Кобеляцький Юрій Юрійович: Дисертація за актуальністю теми, методичним рівнем виконаних досліджень, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням отриманих результатів та відсутністю порушень академічної доброчесності повністю відповідає вимогам до оформлення дисертацій, затвердженим Наказом Міністерства освіти і науки України № 40 від 12.01.2017 в редакції від 12.07.2019 та положенню Постанова Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 року № 44 про затвердження «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії», а її автор Поліщук Людмила Миколаївна заслуговує на присудження ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність - 14.01.30 «Анестезіологія та інтенсивна терапія»), галузь знань 22 «Охорона здоров'я».

5. Філик Ольга Володимирівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Зауважень немає.

Запитання 1. Чи отримували пацієнти I, II, III груп однакову премедикацію та оцінювалася її ефективність? Адже премедикація може мати вплив на показники гемодинаміки на етапі індукції в анестезію. Якщо так то які методи премедикації були використані?

Поліщук Л.М., відповідь:

Шановна Ольга Володимирівна, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Згідно клінічної настанови № 00344 від 2017 року на засадах доказової медицини затвердженої МОЗ, рутинна стандартна премедикація не є обов'язковою. Тому для виключення стороннього впливу на перебіг періопераційного періоду пацієнткам всіх груп премедикація

не проводилася. Також вдень операції пацієнти не приймали жодних препаратів. Передопераційна підготовка включала профілактику тромбоемболічних ускладнень (згідно з наказом МОЗ № 329 від 15.06.2007) та раньової інфекції (згідно з наказом МОЗ України № 822 від 17.05.2022).

(Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 2. Яким методом було рандомізовано пацієнтів у групі? Чи мали пацієнтки можливість вибору певного методу анестезії, або можливість відмовитися від запропонованого методу анестезії? Чи включалися такі пацієнти у дослідження?

Поліщук Л.М. відповідь:

Шановна Ольга Володимирівна, дякую за запитання, дозвольте відповісти. В нашому дослідженні, ми використовували просту рандомізацію, метод «конвертів». Тобто пацієнтка вибирала конверт з вказаним методом анестезії. Після відкриття конверту і оголошення методу анестезії, дослідження ставало відкритим, пацієнт і лікар знав який метод анестезії буде застосовано. Перед включенням в дослідження ми отримували письмову згоду пацієнта на участь в дослідженні. Пацієнтки не мали можливості самостійно вибирати метод анестезії, але мали можливість на будь якому з етапів відмовитися від участі в дослідженні. Такі пацієнтки не включалися в дослідження.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Філік Ольга Володимирівна: За актуальністю обраної теми дослідження, поставленими завданнями, репрезентативністю матеріалу, рівнем комплексного методологічного підходу, способом вирішення завдань, достовірністю представлених висновків дисертація Поліщук Людмили Миколаївни відповідає вимогам пп. 6, 7, 8 “Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії”, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 44 та Наказу МОН України від 12.01.2017 року № 40 “Про затвердження вимог до оформлення дисертації”, а її автор Поліщук Людмила Миколаївна заслуговує присудження ступеня доктора філософії в галузі знань – 22 «Охорона здоров’я» за спеціальністю 222 «Медицина».

Результати відкритого голосування:

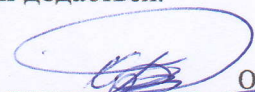
«За» 5 членів ради,
«Проти» немає членів ради,
недійсних бюлетнів немає.

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Поліщук Людмилі Миколаївні** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров’я» за спеціальністю 222 «Медицина».

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої вченої
ради ДФ 26.613.288




(підпис) Олег ГОЛЯНОВСЬКИЙ
