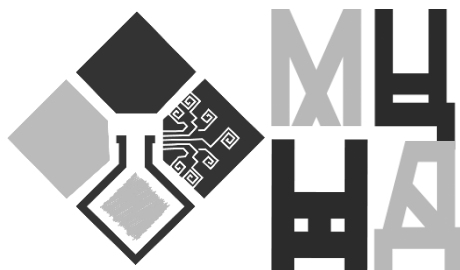


ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
IV МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



РОЗВИТОК НАУК В УМОВАХ НОВОЇ РЕАЛЬНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

| 28 березня 2025 рік
м. Умань, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2025

ФОРМУВАННЯ ЛІНГВОСОЦІОКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ ОСНОВНОЇ ШКОЛИ ЗАСОБАМИ ВЕБ-ТЕХНОЛОГІЙ НА УРОКАХ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ Кузьменко О.Ю., Кончаківська М.В.	207
---	-----

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ В ОСВІТІ ТА МУЗИЦІ Дубовська О.Л., Харченко С.С.	212
---	-----

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ПЕДАГОГІЦІ МУЗИЧНОГО МИСТЕЦТВА Дубовська О.Л., Нікуліна Д.В.	215
---	-----

СЕКЦІЯ XV. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЇ У АНАЛІЗІ ТА РОЗРОБЦІ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ Лисіков І.	218
--	-----

ПРОФІЛАКТИКА БУЛІНГУ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ Шкурко К.А.	224
--	-----

СУБ'ЄКТИВНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ В КРИЗОВИХ УМОВАХ Завгородня О., Шепельова М.	226
---	-----

СЕКЦІЯ XVI. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

НАСЛІДКИ ВИКОРИСТАННЯ ВИБУХОВИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ДОВКІЛЛЯ ТА МОЖЛИВІ РИЗИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я Нежута О.Я., Мокрякова М.І.	234
---	-----

ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ В ОНКОЛОГІЇ: ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ І МЕТОДИ ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ Науково-дослідна група: Ганжа Г.О., Ннані Адаобі Меріан, Гусейнова Фатіма Іл'яс кизи, Мельник Б.І.	237
---	-----

СИНДРОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Кречківська Л.М., Молоток В.В., Веснін В.В.	240
--	-----

СТРЕС-ІНДУКОВАНІ ЗМІНИ В ЦЕНТРАЛЬНІЙ НЕРВОВІЙ СИСТЕМІ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЯХ: НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ Ярошевська А.О., Бура М.С.	243
---	-----

СЕКЦІЯ XVII. ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЯ

ФАРМАЦЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУПОЗИТОРІЇВ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ТА СИСТЕМНОГО ВПЛИВУ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРОСТАТИ Парченко М.В., Бушуєва І.В.	252
--	-----

СИНДРОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кречківська Лоліта Миколаївна

здобувач вищої освіти II медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Молоток Валерія Віталіївна

здобувач вищої освіти II медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Веснін Володимир Вікторович

канд. мед. наук, доцент кафедри травматології та ортопедії
Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Фадєєв Олег Геннадійович

канд. мед. наук, доцент кафедри травматології та ортопедії
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Синдром жирової емболії (СЖЕ) є рідкісним, але тяжким ускладненням механічної травми, яке у 15–58% випадків призводить до летального наслідку. Відсутність патогномічних симптомів і специфічних лабораторних тестів значно ускладнює своєчасну діагностику, що може спричиняти затримку в лікуванні та підвищення рівня летальності. Враховуючи ці труднощі, особливу увагу необхідно приділяти ранньому виявленню факторів ризику та вдосконаленню підходів до діагностики й профілактики цього стану.

Мета. Дослідити частоту виникнення жирової емболії залежно від типу травми, супутньої патології та своєчасності надання медичної допомоги, визначити фактори ризику і основні клінічні прояви СЖЕ.

Матеріали та методи. У ході дослідження було проведено аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених темі синдрому посттравматичної жирової емболії. Пошук проводили в пошукових базах PubMed, Cochrane Library, Web of Science та Google Scholar.

Результати та обговорення. Жирова емболія (ЖЕ) – це патологічний стан, який виникає внаслідок потрапляння жирових крапель у кровоносне русло, що призводить до порушення мікроциркуляції та пошкодження життєво важливих органів. У клінічній

практиці найбільш небезпечним проявом цього стану є синдром жирової емболії (СЖЕ) – системна реакція організму, що включає респіраторні, неврологічні та дерматологічні порушення [2].

Частота розвитку СЖЕ варіюється залежно від характеру травми. У пацієнтів з ізольованими переломами довгих трубчастих кісток клінічно маніфестний синдром зустрічається в 1 випадку на 111–385, однак при множинних переломах цей показник зростає до 1:78 [1]. Найвищий ризик жирової емболії спостерігається при переломах стегнової кістки – до 98% пацієнтів мають жирові глобули в крові на момент госпіталізації [3]. Жирова емболія також часто виникає при переломах тазу (до 60%), кісток гомілки (до 33%) та значних ушкодженнях жирової клітковини. У 40% пацієнтів жирову емболію виявляють після хірургічної фіксації переломів діафізів кісток [4].

Встановлено, що механізм травми також впливає на ризик розвитку СЖЕ: найбільше випадків зустрічається при падіннях із висоти та ДТП, що пояснює вищу частоту цього ускладнення серед молодих чоловіків віком 20–40 років, які найбільше схильні до високоенергетичних травм. Серед дітей СЖЕ зустрічаються значно рідше [2].

Фактори, що суттєво збільшують ризик виникнення жирової емболії у потерпілих із механічною травмою, включають недостатню або несвоєчасну медичну допомогу на догоспітальному етапі. Зокрема, це може бути недостатня іммобілізація ушкоджених ділянок, тривале транспортування без необхідної стабілізації, а також відсутність ефективних протишокових заходів [3]. Крім того, застосування скелетного витягнення у випадках переломів кісток нижніх кінцівок, відсутність профілактики та наявність супутніх захворювань (таких як цукровий діабет, серповидноклітинна анемія або значна крововтрата) істотно підвищують ризик розвитку синдрому жирової емболії. [4].

Прижиттєва діагностика СЖЕ залишається складною через відсутність патогномонічних симптомів та надійних лабораторно-інструментальних методів підтвердження. У багатьох випадках синдром не розпізнається або маскується під інші патології, зокрема пневмонію, респіраторний дистрес-синдром, черепно-мозкову травму. Діагноз встановлюється на основі клінічних критеріїв, зокрема на діагностичних шкалах Gurd або Schonfeld, оскільки жоден лабораторний тест не є достатньо чутливим або специфічним, що ускладнює своєчасне виявлення цього ускладнення [3].

Результати дослідження підтвердили, що СЖЕ має прихований початок і зазвичай проявляється через 24–72 години після травми, з середнім часом маніфестації – 48,5 години. Основі клінічні прояви включають тріаду симптомів: респіраторні, неврологічні та дерматологічні симптоми. Дихальні порушення є найпоширенішими – їх відзначають у 96% пацієнтів. Вони проявляються тахіпноє, задишкою, гіпоксемією, а у важких випадках прогресують до гострого респіраторного дистрес-синдрому (ARDS). Неврологічні симптоми спостерігаються у 59% пацієнтів та включають зміну рівня свідомості, дезорієнтацію, судоми та осередкові неврологічні дефіцити. Ці прояви є наслідком мікроемболізації судин головного мозку. Дерматологічні прояви у вигляді петехіального висипу зустрічаються приблизно у 33% випадків. Висип локалізується переважно на шийній ділянці, передній поверхні грудної клітки, обличчі, слизовій оболонці ротової порожнини та кон'юнктивах [4].

Летальність серед пацієнтів із підтвердженим СЖЕ коливається в межах 15–58%, залежно від тяжкості клінічних проявів та своєчасності медичного втручання [3].

Висновки. Таким чином, жирова емболія залишається важливим ускладненням у травматологічній практиці, що супроводжується високими показниками летальності та складністю діагностики. Найчастіше СЖЕ виникає при множинних переломах довгих трубчастих кісток, особливо стегнової. Відсутність патогномічних симптомів та специфічних лабораторних тестів ускладнює діагностику, тому основний акцент має бути зроблений на клінічних критеріях.

Список використаних джерел:

1. Luff D., Hewson D.W. (2021). Fat embolism syndrome. *BJA Education*, 21(9), 322-328. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.04.003>
2. National Center for Biotechnology Information. (2018). Fat Embolism Syndrome. In: StatPearls. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499885/>
3. Дужий І. Д., Яковенчук Н. М., Ель-Асталь Р. З., Харченко С. В. (2011). Жирова емболія у травматології. *Харківська хірургічна школа*, 4(49), 41-43.
4. Литовченко В. О., Березка М. І., Гарячий Є. В., Бондарчук Г. В. (2012). Профілактика жирової емболії у постраждалих з тяжкою травмою. *Ортопедія, травматологія і протезування*, 2, 84-87.