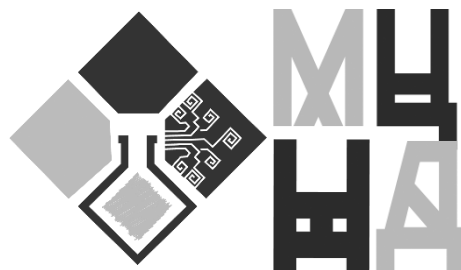


ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
X МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



НАУКОВИЙ ПРОСТІР: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, ДОСЯГНЕННЯ ТА ІННОВАЦІЇ

| 14 листопада 2025 рік
м. Львів, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2025

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Номер запису організації в Єдиному реєстрі громадських об'єднань: 1499141.

Голова оргкомітету: Сотник С.Г.

Верстка: Білоус Т.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Рекомендовано до видання Вченою Радою Інституту науково-технічної інтеграції та співпраці. Протокол № 45 від 13.11.2025 року.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (**Посвідчення № 494 від 10.06.2025**).

Збірник наукових праць з матеріалами конференції видано офіційно суб'єктом видавничої справи зі **Свідоцтвом ДК № 7860 від 22.06.2023**.

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії *Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0)*.

Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації:

Н 34 збірник наукових праць з матеріалами X Міжнародної наукової конференції, м. Львів, 14 листопада, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. — 650 с.

ISBN 978-617-8312-92-3

DOI 10.62731/mcnd-14.11.2025

Викладено матеріали учасників X Міжнародної наукової конференції «Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації», яка відбулася 14 листопада 2025 року у місті Львів.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2025

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2025

ISBN 978-617-8312-92-3

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025

ПСИХОЛОГІЧНА МОТИВАЦІЯ ДО НАВЧАННЯ, ЯК РЕСУРС ДЛЯ МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ Гриніна Г.В.	547
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СЕЛФХАРМУ Жук О.О.	550
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ Молчановська Н.В.	553
ЮРИДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ: ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ТА ПРАВОВА ПІДТРИМКА Ташматов В.А., Голопотелюк А.О.	557

СЕКЦІЯ ХХVII.

МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ У РАЦІОНІ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИК ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШКІВНИКА Нефедова А.Р., Василенко Д.С., Мокрякова М.І.	560
ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВАД РОЗВИТКУ ПІХВИ ТА МАТКИ У ДІВЧАТ Ластівка І.В., Папсуєв В.М., Процюк О.А.	563
ДАРІДОРЕКСАНТ: ІННОВАЦІЙНИЙ АНТАГОНІСТ ОРЕКСИНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БЕЗСОННЯ Рибак В.Т., Ханенко О.І.	567
ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ МІЖ ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ (МОЗКОВИЙ ТУМАН) ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Чепікова А.І.	571
ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГІДУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ ТА ЗА ЙОГО КОРЕКЦІЇ Шанайда Ю.В., Авдєєв О.В.	574
КОМОРБІДНІСТЬ ГЕРХ ТА ІХС: РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНИХ, ЗАПАЛЬНИХ І МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ Смุลка М.В.	576
ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОРАНЕНЬ У ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВИХ УМОВАХ Ксьонз О.С.	582
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ НЕНАТЯЖНОЇ І ТРАДИЦІЙНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНИХ ГРИЖАХ Василик Т.П.	587

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОРАНЕНЬ У ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

Ксьонз Ольга Сергіївна

Здобувачка освіти 5 курсу

II медичного факультету

Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Веснін Володимир Вікторович

канд.мед.наук,доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги,
ортопедії травматології та протезування

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ./Introduction.

У сучасних війнах поранення часто бувають дуже важкими, з великою втратою крові та пошкодженням багатьох органів. Надання допомоги в умовах бою ускладнене через брак ліків, техніки та труднощі з евакуацією. Головна небезпека для життя — це так звана "летальна тріада": переохолодження, погане згортання крові та закислення організму. Щоб рятувати поранених, потрібно швидко та ефективно коригувати ці стани, використовуючи мінімум ресурсів. Це вимагає розробки особливих, адаптованих до польових умов, правил інтенсивного лікування.

Ціль роботи./Aim.

Дослідити особливості інтенсивної терапії поліструктурних поранень у військово-польових умовах, зосереджуючись на веденні шоку, коагулопатії, гіпотермії та ацидозу ("летальної тріади") за умов обмежених ресурсів.

Матеріали та методи./Materials and methods.

Це дослідження є аналізом медичних карт військових із важкими, множинними пораненнями (поліструктурними травмами), які лікувалися у військових госпіталях та медичних підрозділах протягом 2024–2025 років. До аналізу увійшли дані 12 пацієнтів віком від 28 до 52 років. Усі вони мали множинні поранення та перебували у критичному стані, що включав шок, порушення згортання крові, переохолодження та закислення організму. Критерії включення:

- Тих, хто мав поранення щонайменше у двох різних частинах тіла.
- Тих, чий травми були оцінені як дуже важкі.
- Тих, про чий лікування в польових умовах були повні медичні записи.

Критерії виключення:

- Пацієнтів з пораненням лише однієї області.
- Тих, чий медичні записи були неповними.

Для оцінки стану пацієнтів використовували ключові показники:

- **Клінічні дані:** Рівень свідомості (за шкалою Глазго), пульс, тиск, насичення крові киснем та температура тіла.

- **Лабораторні дані (аналізи крові):** Кислотність (pH), рівень лактату (показник шоку) та показники згортання крові (МНО, фібриноген тощо).

Залежно від проведеної терапії пацієнти були розподілені на дві групи:

1. **Основна група** — поранені, у яких застосовували адаптовані польові алгоритми ведення шоку, гіпотермії та коагулопатії (з використанням обмежених ресурсів).

2. **Контрольна група** — поранені, які отримували стандартну інтенсивну терапію без модифікованих підходів.

Оцінювали ефективність лікування за показниками стабілізації гемодинаміки, температури тіла, кислотно-лужного стану, а також за летальністю та частотою ускладнень. Дослідження виконане з дотриманням етичних принципів Гельсінської декларації (2013) та схвалене локальним етичним комітетом.

Результати та обговорення./Results and conclusion.

У дослідження було включено 12 пацієнтів віком від 28 до 52 років (середній вік — $39,4 \pm 2,1$ року), які отримали поліструктурні поранення під час бойових дій у зоні активних бойових операцій. Усі поранені мали множинні поєднані ураження тулуба та кінцівок, що супроводжувалися масивною крововтратою та розвитком травматичного шоку. Дослідження проводилось у польових умовах, де спостерігався дефіцит кровозамінників, апаратури для зігрівання, кисневих концентраторів та лабораторного контролю.

На момент надходження стан більшості пацієнтів оцінювався як тяжкий: рівень свідомості за шкалою Глазго становив 10–13 балів, артеріальний тиск — у межах 60–80 мм рт. ст., частота серцевих

скорочень — понад 120 уд/хв. Усі мали ознаки гіпотермії ($t = 33,5\text{--}34,8\text{ }^{\circ}\text{C}$), ацидозу ($\text{pH} = 7,10\text{--}7,25$) та коагулопатії (подовжений АЧТЧ, знижений фібриноген). Таке поєднання патологічних змін підтверджувало наявність “летальної тріади”, що істотно підвищує ризик летального наслідку при політравмі.

1. Ведення травматичного шоку

Основним завданням на першому етапі була швидка стабілізація гемодинаміки при мінімальній втраті часу та ресурсів. Через відсутність компонентів крові та колоїдів застосовували принцип контрольованої (обмеженої) інфузійної терапії — введення збалансованих кристалоїдів (розчин Рінгера лактату, ізотонічний NaCl) у дозі 20–30 мл/кг до досягнення середнього АТ > 90 мм рт. ст.

У 8 пацієнтів (66,7 %) вдалося досягти задовільної стабілізації протягом перших 3–4 годин після початку лікування. У 4 (33,3 %) випадках спостерігалася потреба у застосуванні вазопресорів (норепінефрин 0,05–0,1 мкг/кг/хв). Після терапії середній артеріальний тиск зріс із 72 ± 9 до 94 ± 7 мм рт. ст., а частота серцевих скорочень знизилася з 126 ± 15 до 102 ± 12 уд/хв.

Такі результати свідчать про ефективність обмеженої інфузії, яка дозволяє запобігти розведенню факторів згортання й розвитку набряку тканин — критично важливо в умовах браку ресурсів.

2. Корекція коагулопатії

Порушення згортання спостерігалася у 9 пацієнтів (75 %). Причинами були масивна крововтрата, гіпотермія та гемодилуція. Через відсутність донорської плазми та свіжозаморожених компонентів використовували альтернативні методи:

- введення транексамової кислоти 1 г внутрішньовенно болюсно з подальшою інфузією 1 г протягом 8 годин;
- місцеві гемостатичні засоби (гемостатичні губки, турнікети, туге бинтування);
- мінімізацію додаткової гемодилуції шляхом обмеження об'єму інфузій.

Через 24 години лікування у більшості пацієнтів спостерігалася покращення показників коагулограми: середній рівень фібриногену підвищився з $1,4 \pm 0,3$ до $1,9 \pm 0,4$ г/л, АЧТЧ скоротився на 23 %, МНО знизився з $1,9 \pm 0,3$ до $1,3 \pm 0,2$.

Це підтверджує, що навіть за умов дефіциту крові антифібринолітична терапія та механічний контроль кровотечі здатні ефективно зменшити прояви коагулопатії.

3. Корекція гіпотермії

Гіпотермія є одним із ключових компонентів летальної тріади, яка значно погіршує згортання крові та сприяє ацидозу. Початкова температура тіла у більшості пацієнтів становила $34,1 \pm 0,5$ °C. У польових умовах для зігрівання використовували пасивні та активні методи:

- ізотермічні ковдри, теплі одіяла, поліетиленові мішки для збереження тепла;
- підігрівання інфузійних розчинів у водяних банях або на тілі;
- обмеження тривалості перев'язок та мінімізацію контакту поранених з холодними поверхнями.

Через 4–6 годин лікування температура тіла зросла до $36,2 \pm 0,4$ °C у 10 (83,3 %) пацієнтів. У 2 випадках відзначалося повторне зниження температури до 35 °C під час евакуації через тривале перебування на відкритому повітрі. Отже, постійний контроль терморегуляції є необхідним на всіх етапах — від стабілізації до транспортування.

4. Корекція метаболічного ацидозу

Усі пацієнти мали лабораторні ознаки метаболічного ацидозу: рН крові — $7,18 \pm 0,08$, рівень лактату — $5,4 \pm 1,2$ ммоль/л. Основною причиною була гіпоперфузія тканин і гіпоксія.

Після стабілізації гемодинаміки та відновлення об'єму циркулюючої крові показники кислотно-лужного балансу поступово покращувалися: рН підвищився до $7,33 \pm 0,05$, а рівень лактату знизився до $2,8 \pm 0,9$ ммоль/л. Буферні розчини (натрій гідрокарбонат) застосовували лише у 3 (25 %) випадках при рН < 7,10.

Висновки./Conclusions.

Проведене дослідження чітко показало, що множинні важкі поранення в умовах військових дій завжди супроводжуються серйозними порушеннями життєвих функцій, де головну роль відіграє так звана "летальна тріада" – стан, що включає шок, проблеми зі згортанням крові, переохолодження та закислення організму. Саме ці критичні стани є основною причиною високої смертності серед тяжкопоранених у зоні бойових дій. Результати дослідження довели, що навіть за обмеженого доступу до медичного забезпечення успіх інтенсивної терапії значною мірою залежить від того, наскільки вчасно медики виявляють і

одночасно виправляють усі складові "летальної тріади". Зокрема, використання контрольованого введення рідин, застосування препаратів, що зупиняють кровотечу, активне зігрівання постраждалих та підтримка дихання допомагають стабілізувати тиск, нормалізувати температуру, відновити здатність крові до згортання та покращити кислотність організму. Отримані дані свідчать про те, що комплексний підхід до лікування, заснований на сучасних принципах тактичної медицини (TCCC та ATLS), забезпечує помітне зниження летальності навіть у найскладніших польових умовах. Таким чином, впровадження адаптованих протоколів інтенсивної терапії, спеціально спрямованих на боротьбу з "летальною тріадою", є ключовим шляхом для підвищення ефективності медичної допомоги під час бойових дій.

Список використаних джерел:

1. Joint Trauma System. *Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Guidelines*. — 2024.
2. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual*. — 11th edition. — Chicago, 2023.
3. Holcomb J. B., Pusateri A. E., et al. *Damage Control Resuscitation: Directing the Destiny of Trauma Patients*. — *J Trauma Acute Care Surg.*, 2019; 87(2): 293–305.
4. Duchesne J. C., Holcomb J. B., et al. *Damage Control Resuscitation: The New Face of Damage Control*. — *J Trauma*, 2020; 89(5): 983–990.
5. Kragh J. F., Dubick M. A., et al. *Combat Casualty Care: Lessons Learned from Ongoing Conflicts*. — *US Army Medical Department Journal.*, 2021; (3–4): 10–21.
6. Шлапак І. П., Колесніков О. В., Сидоренко В. О. *Інтенсивна терапія при тяжкій травмі: навчальний посібник*. — Київ: Медицина, 2020.
7. Михайлов С. В. *Військово-польова анестезіологія та реанімація*. — Харків: ХНМУ, 2021.
8. Матвійчук В. Ф., Заруцький Я. Л. *Організація та надання медичної допомоги у зоні бойових дій*. — Львів: Вид-во ЛНМУ, 2022.