



**INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND
PRACTICAL CONFERENCE**

**GLOBAL CHALLENGES AND STRATEGIC
DEVELOPMENT OF SCIENCE, EDUCATION,
ECONOMY, AND STATE**

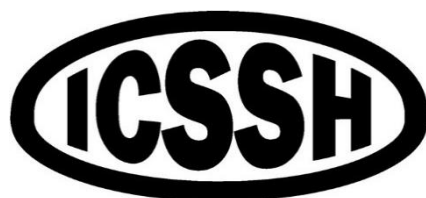
Book of abstracts



September 12, 2025

**Boston,
USA**





**INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND
PRACTICAL CONFERENCE**

**GLOBAL CHALLENGES AND STRATEGIC
DEVELOPMENT OF SCIENCE,
EDUCATION, ECONOMY, AND STATE**

Book of abstracts

September 12, 2025

**Boston,
USA**



UDC 37:082.2(06)

ISBN 978-1-968285-38-8

International Scientific and Practical Conference “Global Challenges and Strategic Development of Science, Education, Economy, and State”: Conference Proceedings (Boston, USA, September 12, 2025). Boston, USA: Golden Quill Publishing, 2025. 71 pages.

This collection of abstracts includes the submissions of participants of the International Scientific and Practical Conference “Global Challenges and Strategic Development of Science, Education, Economy, and State”:

Institute of Agroecology and Environmental Management of the National Academy of Agrarian Sciences of Ukraine
Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University
Kharkiv State Academy of Physical Culture
Kyiv Aviation Institute State University
Kyiv National University of Construction and Architecture
Lesya Ukrainka Volyn National University
National University “Odessa Polytechnic”
National University of Water and Environmental Engineering
Odessa National Medical University
Pravex Bank Joint-Stock Company
State Institution “Institute of Environmental Geochemistry” National Academy of Sciences of Ukraine
State Tax University
Ukrainian State University of Science and Technologies
Uniwersytet Rzeszowski
V. Bakul Institute for Superhard Materials National Science Academy Ukraine
V. N. Karazin Kharkiv National University
Zaporizhzhia National University



© Автори тез, 2025
© Golden Quill Publishing, 2025
© Center for financial-economic research, 2025
© International Center of Social Sciences and Humanities, 2025
Official website: <http://www.economics.in.ua>

Соловйов Д. М.

ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ БЮДЖЕТНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ: ЯК ВОЄННА ЕКОНОМІКА ЗМІНЮЄ ПРИНЦИПИ РОЗПОДІЛУ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПУБЛІЧНИХ РЕСУРСІВ? 31

SECTION 6. PSYCHOLOGICAL SCIENCES..... 36

Gordienko N., Sotnikov O.

THE IMPACT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON PROFESSIONAL BURNOUT AMONG CATERING ESTABLISHMENT EMPLOYEES 36

Панчук Н. П., Кулігін А. М.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ІЗ ПТСР ТА РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ: ОГЛЯД ДІЮЧИХ ПРОГРАМ ... 40

SECTION 7. MEDICAL AND PHARMACEUTICAL SCIENCES 45

Грічушенко І. С.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОБСТРУКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СТОРОННІМ ТІЛОМ 45

SECTION 8. TECHNICAL SCIENCES, PRODUCTION AND TECHNOLOGY 50

Andriievskiy V., Kara I.

METHODOLOGY FOR SOLVING SPATIAL PROBLEMS OF THERMOVISCOELASTIC-PLASTIC DEFORMATION BASED ON THE SEMI-ANALYTICAL FINITE ELEMENT METHOD 50

Kurska T., Prysiazhna O., Guzii S.

THE INFLUENCE OF REFRACTORY NITRIDES ON THE GAMMA SCATTERING OF MATERIALS 52

SECTION 7

MEDICAL AND PHARMACEUTICAL SCIENCES

УДК 616.22-007+617.54 : 616.21-007+617.54-021.8

Грічушенко І. С.

к. мед. н., доцент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів,
Одеський національний медичний університет

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОБСТРУКЦІЇ
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СТОРОННІМ ТІЛОМ**

Вступ. Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом є серйозним і поширеним невідкладним станом, що вимагає швидкої діагностики та надання допомоги. Це має клінічне значення через потенційну загрозу життю, особливо у дітей та дорослих під час прийому їжі чи внаслідок травм. Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом є однією з основних причин гострої дихальної недостатності, що може призвести до асфіксії, втрати свідомості та зупинки кровообігу протягом кількох хвилин. Часткова обструкція може бути складною для діагностики через збереження можливості говорити чи кашляти, що іноді призводить до затримки в наданні допомоги [1,2].

Опис випадку. Хвора, 65 років, доставлена в приймальне відділення клінічної лікарні на кареті швидкої допомоги з дому у важкому стані у супроводі родичів. Скарги на нестачу повітря жєстами, задишку. При огляді ротової порожнини спостерігався один із кінців цілої моркви, яка застрягла в ротоглотці, а також викликав неповну обструкцію дихальних шляхів. Перед надходженням до лікарні хвора була залишена вдома сама без спостереження родичів приблизно на 30 хвилин, за цей час вона встигла запхати собі цілу велику моркву в рот і намагалась проковтнути її цілком. В анамнезі 6 місяців тому перенесла гостре порушення мозкового кровообігу; була виписана з

лікарні в задовільному стані додому, потребувала підтримуючу терапію, реабілітацію та постійний нагляд. У пацієнтки після перенесеного інсульту спостерігались наслідки у вигляді розладів поведінки, мовлення та часткове порушення ковтання.

При надходженні хвора в свідомості, збуджена. 15 балів по ШКГ. Шкіряні покрови бліді, вкриті холодним потом. Дихання часте, поверхневе. ЧД = 32 за хв. Пульс частий, задовільного наповнення. ЧСС = 116 за хв. АТ = 155/105 мм.рт.ст. SpO₂ = 90%. Т = 36,2 ° С. Одразу після надходження налагоджений моніторинг дихання та системи кровообігу. Почата інгаляція кисню через носові канюлі 6 л/хв. Встановлений периферичний венозний катетер, почата стартова інфузійна терапія. Проведена катетерізація сечового міхура з метою контролю швидкості діурезу. Застосування маневру Геймліха було неефективним як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі. В операційній була проведена спроба фіброгастроскопії з метою евакуації моркви, але безрезультатно. Після цього почата загальна анестезія (пропофол 200мг, сибазон 10мг, фентаніл 0,1 мг, кетамін 25 мг) з використання міорелаксанту ультракороткої дії (дитилін 200 мг) та інтубацією трахеї за допомогою фіброскопа ендотрахеальною трубкою №6, почата штучна вентиляція легень в режимі нормовентиляції. Після цього проведена вдала спроба фіброгастроскопії, під час якої вдалося подрібнити та евакуювати моркву з ротоглотки: частина була подрібнена та видалена назовні, а інша половина була просунута по ходу шлунково-кишкового тракту. З операційної хвора переведена в задовільному стані до палати інтенсивної терапії для динамічного спостереження чергового медперсоналу. На наступну добу переведена в неврологічне відділення для проведення чергового курсу підтримуючої терапії.

Обговорення. Клінічний випадок 65-річної пацієнтки з гострою частковою обструкцією дихальних шляхів, спричиненою стороннім тілом у ротоглотці, ілюструє рідкісне, але небезпечне ускладнення, яке може виникнути у пацієнтів із неврологічними порушеннями після перенесеного інсульту. У цьому випадку ключовими факторами, що сприяли події, були порушення ковтання (дисфагія) та розлади

поведінки, які є частими наслідками інсульту. Ці стани підвищують ризик аспірації або потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи [3, 4].

Клінічна картина була презентована важким станом з вираженою задишкою, ціанозом і тахікардією, що є типовими ознаками часткової обструкції дихальних шляхів [5]. Наявність стороннього тіла в ротоглотці була діагностована при огляді ротової порожнини, що підкреслює важливість швидкої фізикальної оцінки в таких випадках. Показник SpO₂ 90% і частота дихання 32 за хвилину вказували на гіпоксію, що вимагало негайного втручання.

Лікувальна тактика початково була забезпечена кисневою терапією через носові канюлі (6 л/хв) та налагодженням моніторингу, що є доцільним для стабілізації стану. Проте невдала спроба фіброгастроскопії без анестезії могла бути зумовлена анатомічними особливостями або рефлексорним спазмом глотки, що часто ускладнює процедуру у свідомих пацієнтів [6]. Застосування загальної анестезії з міорелаксантом і інтубацією трахеї дозволило забезпечити безпечний доступ до дихальних шляхів і успішно видалити стороннє тіло. Використання фіброскопа для інтубації та подальшої евакуації моркви є прикладом ефективного поєднання ендоскопічних методик у невідкладних ситуаціях [7].

Рішення подрібнити частину моркви та проштовхнути іншу половину в шлунково-кишковий тракт було виправданим, оскільки повне видалення могло бути технічно складним і ризикованим через розмір стороннього тіла. Подібна стратегія описана в літературі для великих сторонніх тіл, які не загрожують перфорацією [8]. Переведення до палати інтенсивної терапії після втручання забезпечило належний моніторинг, враховуючи ризик постпроцедурних ускладнень, таких як набряк дихальних шляхів або аспіраційна пневмонія.

Наявність в анамнезі перенесеного інсульту та фактори ризику із залишковими явищами (дисфагія, розлади поведінки) значно підвищив ризик цього інциденту.

Дисфагія є поширеним ускладненням після інсульту (до 50% пацієнтів), що вимагає ретельної оцінки ковтальної функції та

нагляду [9]. Відсутність нагляду родичів протягом 30 хвилин підкреслює необхідність постійного спостереження за такими пацієнтами, особливо в домашніх умовах. Розлади поведінки, такі як імпульсивність або неадекватне сприйняття небезпеки, також могли сприяти спробі проковтнути цілу моркву [10].

Цей випадок підкреслює важливість скринінгу дисфагії у постінсультних пацієнтів і навчання родичів щодо безпечного годування та нагляду. Рекомендується використання м'якої або подрібненої їжі для зниження ризику аспірації [11]. Крім того, реабілітаційні програми, спрямовані на відновлення ковтальної функції (наприклад, логопедична терапія), можуть зменшити ймовірність подібних інцидентів [12]. У контексті цього випадку доцільно переглянути домашній догляд і, можливо, розглянути тимчасове розміщення в спеціалізованому закладі для забезпечення належного нагляду.

Висновки. Клінічний випадок ілюструє складність ведення пацієнтів із постінсультними ускладненнями, зокрема дисфагією, та необхідність швидкого і скоординованого втручання при гострій обструкції дихальних шляхів. Своєчасна діагностика, застосування ендоскопічних методик і належний післяопераційний моніторинг забезпечили успішний результат. Подальша профілактика має бути спрямована на навчання родичів і оптимізацію реабілітаційних заходів.

Список літератури

1. Empendium (2022). “Удавлення: Перша допомога при травмах та інших невідкладних станах”. Деталізує клінічні підходи до діагностики та лікування.
https://empendium.com/ua/chapter/B27.III.23.3.#google_vignette
2. Настанови з тривалої допомоги в польових умовах (TCCC, 2023).
<https://tccc.org.ua/guide/airway-management-in-prolonged-field-care-pcc>
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005;36(12):2756-2763. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb

4. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasc Dis.* 2000;10(5):380-386. doi:10.1159/000016078
5. Boyd J, Wu G. Foreign body aspiration in adults. *Am J Emerg Med.* 2017;35(2):350-352. doi:10.1016/j.ajem.2016.10.064
6. Weissberg SM, Schwartz DJ. Foreign bodies in the upper aerodigestive tract. *Emerg Med Clin North Am.* 2017;35(2):373-389. doi:10.1016/j.emc.2017.01.005
7. Tsang TS, Cheung VK, Lui GC. Flexible endoscopy in the management of upper airway foreign bodies. *J Laryngol Otol.* 2019;133(5):412-416. doi:10.1017/S0022215119000483
8. Lee JH, Lee JS, Kim MJ. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract. *Clin Endosc.* 2016;49(3):250-255. doi:10.5946/ce.2016.049
9. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, et al. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia.* 1997;12(4):188-193. doi:10.1007/PL00009535
10. Langdon PC, Harley A. Cognitive and behavioral changes post-stroke: implications for rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil.* 2020;30(4):589-609. doi:10.1080/09602011.2018.1510536
11. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD000323. doi:10.1002/14651858.CD000323.pub2
12. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med.* 2009;41(9):707-713. doi:10.2340/16501977-0429