

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

**Науково-практична конференція молодих вчених
Української військово-медичної академії
«Актуальні аспекти військової охорони здоров'я –
наукові досягнення молоді»**

18-19 травня 2023 року

(тези доповідей)

Частина II

Київ–2023

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

**Науково-практична конференція молодих вчених
Української військово-медичної академії
«Актуальні аспекти військової охорони здоров'я –
наукові досягнення молоді»**

18-19 травня 2023 року

(тези доповідей)

Частина II

Київ–2023

Науково-практична конференція молодих вчених Української військово-медичної академії «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді» 18-19 травня 2023 року: Тези доповідей Ч.ІІ. – К: УВМА, 2023. 184 с.

Матеріали укладені та підготовлені до друку колективом науково-організаційного відділення Української військово-медичної академії.

ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БАГАТОКОМПОНЕНТНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Федорова О.О., к.мед.н., доц., доцент кафедри військової терапії факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації, Українська військово-медична академія, м. Київ, olga-fedorova@ukr.net

Іванова Т.О., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, від 5 до 30% пацієнтів із підвищеним артеріальним тиском (АТ) мають стійку до лікування форму артеріальної гіпертензії (АГ) - рефрактерну артеріальну гіпертензію (РАГ), коли рівень АТ не досягає цільових показників, незважаючи на зміну способу життя та прийом більше трьох антигіпертензивних препаратів в оптимальних дозах із включенням діуретику [1,6]. На сьогодні не існує загальноприйнятих рекомендацій щодо багатокomпонентної антигіпертензивної терапії (АГТ) у пацієнтів із РАГ [3,7]. Вибір препарату четвертої-п'ятої лінії терапії у реальній клінічній практиці найчастіше здійснюється емпірично, на підставі власного клінічного досвіду. Однією з актуальних завдань сучасної клінічної медицини є виявлення предикторів ефективності різних схем АГТ, що дозволить розробити індивідуалізований підхід до лікування пацієнтів із РАГ [5].

Мета роботи: удосконалення фармакотерапії РАГ на підставі визначення клінічної ефективності двох схем багатокomпонентної АГТ.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 207 карт хворих із АГ (середній вік – $51 \pm 2,8$ року), з них 70,5 % чоловіків і 29,5 % жінок, які знаходились на лікуванні в клініках терапевтичного профілю Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» з 2018 р. по 2022 р. Дослідження проходило у два етапи. Перший етап – відбір пацієнтів із РАГ та вивчення клінічних і лабораторно-інструментальних особливостей перебігу РАГ. РАГ виявили у 22 (10,6%) пацієнтів, що увійшли у дослідження. Групу порівняння складала 84 особи з контрольованою АГ. Групи були зіставні за віком та статтю. Усі пацієнти із РАГ на початку дослідження не досягали цільових рівнів АТ на тлі проведення базової трикомпонентної терапії, що включала інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або блокатори рецепторів ангіотензину II, тіазидні або тіазидоподібні діуретики та антагоністи кальцію дигідропіридинової групи [2,4]. На другому етапі оцінювалась комбінована чотирикомпонентна АГТ у пацієнтів із РАГ, які були розподілені на дві групи. Пацієнтам 1 групи (n=11) четвертим антигіпертензивним препаратом призначено β -адреноблокатор карведілол у дозі від 6,25 мг до 25 мг двічі на добу. Хворим 2 групи (n=11) - калійзберігаючий діуретик спіронолактон у добовій дозі від 25 мг до 75 мг. Оцінка ефективності лікування проводилась через 24 тижні від його початку за динамікою результатів клінічних досліджень, результатів ехокардіографії та добового моніторингу АТ (ДМАТ). Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel.

Результати. РАГ асоціювалася із ішемічною хворобою серця (ІХС) (86,4%), захворюваннями периферичних артерій (45,5%), нирок (54,5%), органів травлення (50%). У пацієнтів із РАГ вірогідно частіше ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів із контрольованою АГ, реєстрували ІХС, перенесені інсульти/транзиторні ішемічні атаки, абдомінальне ожиріння. У групі пацієнтів із РАГ середня тривалість АГ, індекс маси тіла, офісні показники систолічного АТ та діастолічного АТ були вірогідно вищими ($p < 0,05$) порівняно з групою пацієнтів із контрольованою АГ. У групі порівняння також вірогідно більшою виявилась частка АГ I та II ступеня ($p < 0,05$), на противагу групі пацієнтів із РАГ, де АГ I ступеня у пацієнтів взагалі була відсутня. Окрім того, спостерігалась вірогідно більш значима різниця

($p < 0,05$) між групами щодо наявності у пацієнтів гіпертрофії лівого шлуночку (ЛШ). Так, у пацієнтів із РАГ гіпертрофія ЛШ визначалась у 63,6%, тоді як у пацієнтів із контрольованою АГ тільки у 28,6%. При аналізі функціонального стану нирок у пацієнтів із РАГ на відміну від пацієнтів з контрольованою АГ спостерігали більш виражені зміни: концентрація креатиніну в сироватці крові була достовірно вищою ($p < 0,05$), а швидкість клубочкової фільтрації вірогідно нижчою ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів з контрольованою АГ.

За даними ДМАТ у пацієнтів із РАГ реєструвався вірогідно більший рівень систолічного АТ протягом доби, дня та ночі, а також показник середньонічного діастолічного АТ ($p < 0,05$). Фізіологічний двофазний ритм АТ («dippers») у пацієнтів із РАГ спостерігали лише у 9 (40,9%) пацієнтів, решта пацієнтів мали патологічні добові ритми АТ: з недостатнім зниженням нічного АТ - «non-dippers» (40,9%), з надмірно низьким АТ вночі - «over-dippers» (9,1%), значним перевищенням АТ вночі - «night-peakers» (9,1%).

Після 24-тижневого застосування двох схем багатокомпонентної АГТ аналізували динаміку показників офісного АТ. Достовірно зниження як систолічного АТ, так і діастолічного АТ, спостерігали у пацієнтів обох груп, проте при додатковому прийомі спіронолактону (2 група) систолічний АТ знизився на 16,9%, тоді як в 1 групі пацієнтів із РАГ, які приймали карведілол, зниження було тільки на 12,03% ($p > 0,05$). Цільовий рівень АТ досягнуто у 72,7% пацієнтів 1 групи і у 81,8% пацієнтів 2 групи ($p > 0,05$). В обох групах хворих відмічено вірогідне зниження середньодобових, середньоденних, середньонічних показників систолічного АТ та діастолічного АТ. В 1 групі пацієнтів індекс часу (ІЧ) середньодобового систолічного АТ зменшився в 2,6 рази ($p < 0,05$), а ІЧ середньодобового діастолічного АТ – в 2,8 рази ($p < 0,05$). В 2 групі пацієнтів застосування спіронолактону привело також до зниження ІЧ в 2,4 рази та в 2,3 рази, відповідно ($p < 0,05$). В динаміці спостереження у пацієнтів 1 групи відмічено зниження добового індексу систолічного АТ на 20% ($p < 0,05$), а добового індексу діастолічного АТ – на 17,9% ($p < 0,05$). Незважаючи на те, що патологічні типи добового ритму АТ «night-peakers» і «over-dippers» у пацієнтів 1 групи після 24-тижневого лікування карведілолом уже не спостерігались, кількість пацієнтів з нормальним типом добового ритму АТ «dippers» збільшилась із 6 (54,5%) тільки до 8 (72,7%), а кількість хворих із патологічним типом добового ритму АТ «non-dippers» вірогідно не зменшилась ($p > 0,05$). У пацієнтів 2 групи після лікування відмічено зростання добових індексів систолічного і діастолічного АТ відповідно на 31,4% ($p < 0,05$) та на 30,9% ($p < 0,05$). Індивідуальний аналіз типів добового ритму АТ в 2 групі пацієнтів підтвердив, що вже через 24 тижні від початку лікування кількість пацієнтів з нормальним типом добового ритму АТ «dippers» збільшилась до 9 осіб (81,8%), а кількість пацієнтів із патологічними типами «non-dippers» зменшилась до 2 осіб (18,2%). Зміни діастолічної функції ЛШ під впливом багатокомпонентної терапії з використанням спіронолактону характеризувалися зростанням співвідношення швидкості раннього (Е) та пізнього наповнення (А) (Е/А) на 37,8% ($p < 0,05$) та зменшенням часу ізовольомічного розслаблення міокарда (IVRT) на 20,6% ($p < 0,05$). Покращення діастолічної функції ЛШ в 1 групі пацієнтів, які приймали карведілол, проявилось зростанням ($p < 0,05$) співвідношення Е/А на 25,4% до величини $1,14 \pm 0,01$ ум.од., а також зменшенням ($p < 0,05$) IVRT на 18,6% до $95,08 \pm 4,1$ мс, що в цілому свідчило про позитивну перебудову структури діастолічного наповнення ЛШ.

Висновки. У більшості пацієнтів із РАГ виявлено асоційовані клінічні стани, найчастіше в поєднанні із ІХС (86,4%), захворюваннями нирок (54,5%), периферичних артерій (45,5%), перенесеними інсультами/транзиторними ішемічними атаками (13,6%), захворюваннями органів травлення (50%), що свідчить про складні коморбідні стани у цієї категорії пацієнтів і потребує індивідуального підходу до лікування.

Встановлено, що резистентний перебіг АГ супроводжується більш вираженим ураженням органів-мішеней, зокрема гіпертрофією ЛШ, поглибленням виявів гіпертензивної нефропатії (зниженням швидкості клубочкової фільтрації), що сприяє формуванню резистентності до лікування та погіршує віддалений прогноз.

Застосування обох схем багатокомпонентної комбінованої терапії з включенням спіронолактону або карведілолу у пацієнтів із РАГ дозволяє вірогідно потенціювати антигіпертензивний ефект щодо досягнення цільового АТ. На тлі обох схем багатокомпонентної АГТ відбувалась статистично значуща нормалізація патологічно змінених добових ритмів АТ, індексів навантаження тиском, що супроводжувалось поліпшенням та стабілізацією діастолічної функції ЛШ.

Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.— Додаток до Наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012.— К., 2012.
2. Внутрішні хвороби. (Кардіологія. Ревматологія): навч.-метод. посіб. / [О. С. Хухліна, В. С. Гайдичук, О. С. Воєвідка, О. В. Андрусак] ; за ред. О. С. Хухліної ; М-во охорони здоров'я України, ВДНЗ України "Буковин. держ. мед. ун-т". Чернівці : БДМУ, 2019. 438 с.: табл.
3. Обертинська О.Г. Резистентна артеріальна гіпертензія: пошук оптимальної комбінованої терапії. Український кардіологічний журнал. 2015. №6. С. 113-123.
4. Практичні аспекти внутрішньої медицини : навч. посіб. / за ред. Г. В. Осьодло. - Київ : Чалчинська Н. В., 2020. - Т. 1. - 668 с. - (Бібліотека військового лікаря).
5. Achelrod D, Wenzel U, Frey S. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of resistant hypertension in treated hypertensive populations. Am J Hypertens 2015;28:355-61.
6. Unger T., Borghi C., Charchar F. et al. (2020) 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension, 75(6): 1334–1357.
7. Veglio F, Mulatero P. Resistant or refractory hypertension: it is not just the of number of drugs J Hypertens. 2021;39:589-91.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, АСОЦІЙОВАНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Коваль М. М., к.м.н., доцент кафедри військової терапії факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Янкевич С. М., слухачка факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. За останні 100 років, у XXI сторіччі гіпертонічна хвороба визнана ВООЗ одним з найбільш поширених захворювань, в тому числі і в Україні, де кожна п'ята доросла людина в світі (в Україні – кожна четверта!) має високий або підвищений кров'яний тиск, а ускладнення від гіпертонії є причиною майже щорічних десяти мільйонів випадків смертей, що є глобальною проблемою як громадської охорони здоров'я, так і однією з важливих соціально-економічних проблем та найактуальнішою у сучасній медицині, не дивлячись, при цьому, на досягнуті значні успіхи у дослідженні етіопатогенезу артеріальної гіпертензії. Більше того, враховуючи політичну ситуацію в нашій країні, очікується нова хвиля епідемії серцево-судинних захворювань. Гострота проблеми підсилюється низькою ефективністю лікування хворих на ГХ, що зумовлено як соціальними причинами, так і консерватизмом лікарів при виборі антигіпертензивних препаратів (АГП) в зв'язку з недостатньою їх обізнаністю про сучасні принципи лікування. Зокрема, не враховуються добові ритми артеріального тиску (АТ) та особливості перебігу ГХ, асоційованої з метаболічним синдромом. В той же час з метою підвищення ефективності лікування хворих на ГХ є можливість використати дані про стан метаболічних процесів та нові високочутливі методи дослідження показників добового моніторингу АТ (ДМАТ) і варіабельності серцевого ритму (ВСР), причому в біофункціональному їх варіанті при синхронній реєстрації. Така

методика дозволяє отримати не тільки додаткові диференційно-діагностичні дані, але і дає можливість індивідуального підбору доз препаратів і вирішення питань хронотерапії.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування військовослужбовців, хворих на гіпертонічну хворобу на основі вивчення параметрів метаболічного синдрому, добового моніторингу артеріального тиску і варіабельності серцевого ритму та їх динаміки в умовах тривалої антигіпертензивної терапії.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених завдань нами обстежено 176 військовослужбовців, із яких 136 страждали на ГХ II стадії I і II ступеня і 40 здорових. Методи дослідження: загальноклінічні, антропометричні, біохімічні, інструментальні (добове моніторування артеріального тиску та аналіз варіабельності серцевого ритму).

Результати. У зв'язку з відсутністю загальноприйнятих значень для основних характеристик ВСР нами обстежена група із 40 здорових осіб, які були зіставлені за віком і статтю з хворими на ГХ. При ГХ в цілому по групі відмічено суттєве зниження сумарної ВСР (HRVti на 20,1 % ($t=3,79$) і SDNN на 9,2 % ($t=1,42$)). При індивідуальному аналізі виявилось, що в групі хворих на ГХ з МС дані порушення більш виражені, в порівнянні з групою хворих на ГХ без МС (HRVti в 1-й групі $34,0 \pm 1,41$ мс, у 2-й групі $28,6 \pm 2,03$ мс, $p<0,05$; SDNN $136,7 \pm 12,8$ мс і $102,9 \pm 5,0$ мс, $p<0,05$), що відображає рівень порушень вегетативного контролю за серцевою діяльністю і несприятливо для прогнозу.

В літературі відносно маркерів симпатичної активності не існує єдиної думки, хоча ряд авторів вважають, що низькочастотні коливання (LF) та особливо відношення LF/HF відображають рівень симпатичної активності, інші дослідники віддають пріоритет тільки LF/HF. За нашими даними LF виявився підвищеним в активний період доби (в 1-й групі $647,8 \pm 50,3$ мс², $p<0,05$, у 2-й групі $524,3 \pm 26,3$ мс², $p>0,05$) і в пасивний в групі хворих на ГХ без МС ($817,3 \pm 85,6$ мс², $p<0,05$). Стабільно високим у всі періоди доби був симпатопарасимпатичний коефіцієнт LF/HF (перевищення середньодобових контрольних значень на 39,4 % ($t=3,17$), в активний період – на 43,3 % ($t=5,07$) і в пасивний період – на 63,1 % ($t=1,39$)). Причому, така перебудова вегетативного гомеостазу була зумовлена не тільки підвищенням рівня LF, але і пригніченням HF спектра.

Детальний аналіз показників ВСР в групах військовослужбовців, хворих на ГХ, асоційовану з МС та ГХ без симптомів МС показав, що виявлені порушення у вегетативному гомеостазі найбільш виражені в групі хворих на ГХ із МС.

При аналізі показників ДМАТ у хворих на ГХ обох груп виявились істотно підвищеними середньодобові значення як САТ (в 1-й групі $142,2 \pm 1,6$ мм рт.ст., $p<0,05$, у 2-й групі $166,9 \pm 3,5$ мм рт. ст., $p<0,001$), так і ДАТ ($83,9 \pm 1,6$ мм. рт.ст., $p<0,001$ і $89,9 \pm 1,0$ мм рт. ст., $p<0,001$ відповідно), в активний і пасивний періоди, з більшим ступенем вираженості відмінностей при асоціації ГХ з МС.

Відомо, що порушення циркадності добових ритмів АТ, недостатній ступінь нічного зниження є незалежними факторами ризику розвитку гіпертрофії лівого шлуночка і серцево-судинних ускладнень. Найбільш критичною характеристикою добового ритму АТ є ДІ.

Одержані нами дані виявили суттєві зниження ДІ як для САТ (в 1-й групі $7,76 \pm 0,83\%$, $p<0,001$, у 2-й групі $5,18 \pm 0,81\%$, $p<0,001$), так і для ДАТ ($12,06 \pm 0,95\%$, $p<0,05$ і $9,12 \pm 0,90\%$, $p<0,01$ відповідно), в більшому ступені виражене у хворих із МС.

Артеріальному тиску в фізіологічних умовах притаманна варіабельність, яка може бути визначена тільки при тривалій реєстрації АТ. До теперішнього часу ВАТ визнається високоінформативним фактором ризику серцево-судинних ускладнень, які незалежні від середньодобових значень АТ. У хворих на ГХ в цілому по групі середньодобові значення ВСАТ були підвищені на 36,6 % ($t=8,82$), в активний період – на 33,8 % ($t=7,29$), в пасивний – на 45,9 % ($t=7,26$). ВАТ для ДАТ (ВДАТ) була також підвищена у всі періоди доби на 26,9 % ($t=8,82$), 30,0 % ($t=6,06$), 40,7 % ($t=6,35$) і 26,2 % ($t=3,75$) відповідно. При порівнянні рівнів ВАТ в групах хворих на ГХ без симптомів МС і ГХ, асоційованої з МС, виявилось, що у останніх ВАТ у всі періоди доби була вище приблизно в 1,5 рази, що з урахуванням

взаємозв'язків ВАТ з частотою серцево-судинних ускладнень, дає підставу віднести МС до додаткових факторів ризику цих ускладнень.

Таким чином, вивчення показників ДМАТ у хворих на ГХ виявило істотне підвищення АТ, ВАТ у всі періоди доби і зниження ДІ з порушенням добових ритмів АТ. Найбільша вираженість порушень виявлялась в пасивний період з істотним поглибленням відмічених порушень у осіб із МС.

Висновки

1. У обстежених хворих на гіпертонічну хворобу II стадії легкого та помірного ступеня тяжкості захворювання в 42,6 % випадків асоціювалось із метаболічним синдромом.

2. У хворих на гіпертонічну хворобу, асоційовану з метаболічним синдромом та без метаболічних порушень, виявлені зміни показників добового моніторингу артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму, з порушенням добового профілю, зниженням сумарної варіабельності серцевого ритму, пригніченням парасимпатичної активності та зміщенням вегетативного гомеостазу в бік симпатичних модуляцій. Дані зміни були більш вираженими (в 1,6-2,5 рази) у військовослужбовців, хворих на гіпертонічну хворобу, асоційовану з метаболічним синдромом.

3. При гіпертонічній хворобі виявлено зворотний взаємозв'язок сумарної варіабельності серцевого ритму і парасимпатичної активності, рівня артеріального тиску та варіабельності артеріального тиску із симпатичною активністю у всі періоди доби.

Список літератури

1. Бобров В. О., Чубучний В. М., Жарінов О. Й. та ін. Дослідження варіабельності серцевого ритму у кардіологічній практиці: Метод. рекомендації. Київ, 1999. 26 с.
2. Гура Е. Ю. Особливості змін добового моніторингу артеріального тиску та його варіабельність у пацієнтів із гіпертонічною хворобою в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2014. №6. С.109-116.
3. Коваль С. М. Клінічна ефективність фіксованої комбінації периндоприлу, індапаміду й амлодипіну у хворих на артеріальну гіпертензію з абдомінальним ожирінням. Артеріальна гіпертензія. 2017. №5 С. 39-45.
4. Лісун Ю. Б., Углев Є. І. Варіабельність серцевого ритму, використання та методи аналізу. 2020. С. 83-89.
5. Німцович Т. І., Кравченко А. М. Варіабельність артеріального тиску: клінічне значення та можливості корекції. Кардіологія: от науки к практике. 2018. № 2. С.22.
6. Черняга-Ройко, У. П. Варіабельність артеріального тиску – стратегічна мішень комбінованої антигіпертензивної терапії чи міф експериментальних досліджень? Здоров'я України. 2012. № 2. С. 71–72.
7. Чистик Т. В. Сучасна стратегія антигіпертензивної терапії: курс на фіксовані комбінації. Артеріальна гіпертензія. 2020. Т. 13, №6. – С.35-38.
8. Яблчанский Н. И., Мартиненко А. В., Исаева А. С. Основы практического применения неинвазивной технологии исследования регуляторных систем человека. Харків. 2000. 88 с.

ЗМІНИ З БОКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИТЕМИ ПРИ СУЧАСНІЙ БОЙОВІЙ ТРАВМІ

Красюк О.А., д.мед.н., професор кафедри військової терапії факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації, Українська військово-медична академія, м. Київ, alexkrasyuk@ukr.net

Подольська Т.В., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ tanjamaodan@ukr.net

Вступ. Проблема патології внутрішніх органів у постраждалих з бойовою травмою є актуальною, а вивчення її значно активізувалось в період проведення бойових дій на сході України. Досвід, отриманий за цей час, свідчить, що характер ведення бойових дій та

отриманих бойових уражень значно змінився порівняно з попередніми воєнними кампаніями, що потребує перегляду підходів до планування медичного забезпечення Збройних Сил України [1, 2, 3, 5]

Бойова травма серця і магістральних судин на сьогодні залишається наріжним каменем серед пацієнтів з політравмою. За даними Реєстру бойових травм Міністерства оборони США, частота травмування серця як складової поранення грудної клітки не перевищує 6 %, однак вражає високий відсоток смертності у цієї категорії пацієнтів – до 80 % [6, 7, 8]

Сучасні вогнепальні рани, особливо мінно-вибухові, супроводжуються, як морфологічними змінами, так і порушенням функцій внутрішніх органів. Вісцеральна патологія при різних видах травм підпорядковується загально біологічним закономірностям і в той же час зберігає клінічну специфічність, притаманну виду травми [1, 7].

Основну роль в розвитку патологічних змін з боку серцево-судинної системи відіграє механічне ушкодження серця і судин, гіповолемія, постгеморагічні анемії, метаболічні порушення, інтоксикації. Частота виявлення патології з боку серцево-судинної системи при вогнепальних пораненнях, за даними різних авторів, може досягати від 25% до 65,4%. Патологія серцево-судинної системи спостерігається як у ранній, так і у пізній термін після поранення. У ранньому терміні превалюють функціональні порушення в системі кровообігу та первинні органо-патологічні зміни внаслідок безпосереднього ушкодження серця [7, 8].

Мета роботи. Проаналізувати особливості змін з боку серцево-судинної системи при сучасній бойовій травмі.

Матеріали і методи. Аналіз наукових джерел інформації, робота з іноземними джерелами інформації (в т.ч. база Pubmed), оцінка актуальності результатів їх досліджень для надання медичної допомоги при серцево-судинній патології в умовах ведення сучасних бойових дій на території України [9, 10].

Використані наступні методи дослідження: бібліосемантичний – для аналізу сучасних джерел наукової інформації щодо клінічно-епідеміологічної характеристики бойової травми; системного підходу та системного аналізу – для обґрунтування концептуальних напрямів та методичних підходів; медико-статистичний – для збору, обробки та аналізу матеріалу дослідження, визначення достовірності отриманих результатів; клінічний – для обґрунтування клінічно-епідеміологічної, клінічно- нозологічної та клінічно-організаційної характеристики поранень;

Результати. За даними літератури бойові ушкодження, їх частота та клінічна характеристика прямо залежать від факторів ушкодження зброї, яку використовують. У сучасній війні суттєво змінилась характеристика бойової травми. Кількість вогнепальних поранень, як і раніше, більша, але на відміну від Другої світової війни зросла частота множинних та поєднаних поранень (50-70%), опіків та комбінованих механо-термічних ушкоджень (10-30%) [4, 1].

Поява на озброєння військ індивідуальних захисних бронежилетів сприяє появі нового виду бойової травми- «забронєва», закриті ушкодження (переломи ребер, забої та розриви внутрішніх органів). Перебіг сучасного динамічного бою зумовив створення полегшеного боскомплекту- автоматичної зброї з малокаліберними (5,56 мм і 5,45 мм) кулями. Це призвело до зміни раньової балістики і збільшення тяжкості ушкоджень.

Іншою об'єктивною причиною збільшення тяжкості вогнепальних поранень є прямий зв'язок між вдосконаленням засобів захисту і підвищення ушкоджувальної потужності зброї з метою збереженні її ефективності.

У сучасних воєнних конфліктах частота вогнепальних поранень грудної клітки сягає 8-12%. Під час війни на сході України вогнепальні поранення грудної клітки становили 11,7% санітарних втрат хірургічного профілю, з яких у 79, 4% вони були непроникними, а у 20,4% мають проникний характер, як правило з ушкодженням органів грудної порожнини (серед проникних 10-15% - ушкодження перикарда, серця і великих судин) [1, 2, 6].

Висновки. Вивчення особливостей структурно-функціональних змін серцево-судинної системи внаслідок бойової травми залишається актуальним питанням сьогодення. Особливо заслуговує уваги більш поглиблене дослідження зв'язку травми та змін з боку серцево-судинної системи якнаслідку бойової травми.

Досвід української військової медицини під час війни з Росією потребує узагальнення, оскільки асоційовану з бойовою травмою патологію внутрішніх органів має кожен п'ятий поранений.

За даними проаналізованих джерел, за умов бойової травми серця переважають зміни серцевого ритму та провідності метаболічно-адаптаційного генезу.

Список літератури

1. Бойова травма серця, грудної аорти та магістральних судин кінцівок: посібн. Тернопіль, 2019 р. / Лазоришинець В.В. та ін.; під заг. ред. В.І. Цимбалюка, Тернопіль: ТНМУ, 2019 р., 427 с.
2. Воєнно-польова хірургія : підручник / Заруцький Я.Л. та ін.; за ред. Я.Л. Заруцького, В.М. Запорожана; М-во оборони України, МОЗ України. - Одеса: ОНМедУ, 2016. - 415 с.
3. Захворювання внутрішніх органів при бойовій хірургічній травмі та травмах в умовах катастроф та аварій мирного часу. Ускладнення. Профілактика та етапне лікування : навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візір, О. Г. Овська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2015. – 60 с.
4. Бучнева О.В., Крючков Є.Д. Досвід хірургічного лікування пошкоджень серця, отриманих внаслідок бойових дій. Харківська хірургічна школа, м. Харків, 2019р., №1(94), с. 144-147.
5. І.П. Хоменко, С.О. Король та ін. Клініко-епідеміологічний аналіз структури бойової хірургічної травми при проведенні АТО/ ООС на Сході України. Український журнал військової медицини, м. Київ, м. Одеса, 2021 р., (2.2021, Т.2) с. 5-13.
6. І. М. Гайда, М. І. Бадюк, Ю. І. Сушко Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. Патологія. Том 15, № 1(42), січень – квітень 2018 р., с. 73-76.
7. О.М. Радченко Ураження серця, асоційовані з бойовою травмою. Практикуючий лікар, том 11, №2-3, 2022 р., с. 78-81.
8. Сіромаха С. О., Данченко П. А. Принципи надання медичної допомоги при бойовій травмі серця в малюнках та алгоритмах. Український журнал серцево-судинної хірургії, том 30, №1, 2022 р., с. 99-107.
9. LOREN F. PARMLEY, WILLIAM C. MANION and THOMAS W. MATTINGLY Nonpenetrating Traumatic Injury of the Heart. Circulation Volume 18, Issue 3, URL: <https://ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.18.3.371>
10. LCDR Michael Kavanaugh Cardiomyopathy Induced by Sinus Tachycardia in Combat Wounded: A Case Study. MILITARY MEDICINE, Vol. 179, September 2014, <http://DOI:10.7205/MILMED-D-13-00463>.

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ, ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ

Бичкова С.А., к.мед.н., доцент, доцент кафедри військової терапії факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, svetlana_bichkova@yahoo.com

Мартинюк В.О., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. На сьогоднішній день загальноновизнано, що інфекційні хвороби нижніх дихальних шляхів, а саме негоспітальна пневмонія (НП) – поширена і актуальна клінічна проблема сучасної медицини та пульмонології [1].

Актуальність НП для військовослужбовців пов'язана не тільки з високою захворюваністю, але й зі значними втратами боєготовності і боєздатності, із важким перебігом з ускладненнями та, в окремих випадках, летальними наслідками. Серед військовослужбовців найбільш уразливим контингентом є новобранці навчальних підрозділів, де прибуття молодшого поповнення з різних регіонів призводить до запуску епідемічного процесу розвитку ГРВІ та НП. До 20 % новобранців в перші 3 місяці служби проходять стаціонарне лікування у зв'язку з гострими інфекціями нижніх дихальних шляхів (гострий бронхіт та НП), досягаючи в окремих випадках 70-80 %. Причому рівень захворюваності у рядового складу значно вищий, ніж серед цивільного населення та офіцерів (у 8 разів) [2, 4, 5].

Мета роботи – визначення особливостей клінічного перебігу та діагностики негоспітальної пневмонії у військовослужбовців строкової служби.

Матеріал і методи. Було проаналізовано 68 медичних карт стаціонарного хворого із НП, чоловічої статі, які знаходилися на обстеженні та стаціонарному лікуванні у клініці пульмонології ВМКЦ Центрального регіону МО України в 2017-2020 роках. Було оцінено клінічний перебіг НП, анамнез захворювання (фактори ризику) та життя пацієнтів (перенесені захворювання, наявність супутньої патології, результати лабораторних та інструментальних методів обстеження).

Хворі були розподілені на дві групи: 1 групу склали 38 військовослужбовців строкової служби із НП нетяжкого перебігу, а 2 групу - 30 військовослужбовців строкової служби із НП тяжкого перебігу. Групи були рандомізовані за віком та статтю. Проводився аналіз таких показників: вік, індекс маси тіла (ІМТ), паління, анамнестичних, об'єктивних даних та фізикальних даних (стан свідомості, гострий початок захворювання, кашель з виділенням мокротиння, сухий кашель, задишка, АТ, ЧД), оцінка результатів загальноклінічних методів досліджень (загального аналізу крові: лейкоцитоз та паличкоядерний зсув, лейкопенія, прискорена ШОЕ; біохімічного аналізу крові: СРБ, білірубін, АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинін, сечовина, загальний білок), дослідження мокротиння, даних рентгенограм органів грудної порожнини, наявність супутніх захворювань та ускладнень, що могли зумовити тяжкий перебіг НП.

Результати та обговорення. При аналізі даних щодо сезонності захворюваності на НП виявлено залежність розвитку її випадків від сезону року. Встановлено, що найбільший рівень госпіталізації військовослужбовців строкової служби із НП у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$) і спостерігався взимку та влітку, що обумовлено строками призову до лав ЗСУ. У військовослужбовців із НП тяжкого перебігу було встановлено вірогідно вищий відсоток осіб із задишкою ($p < 0,05$, $\chi^2 = 11,7$), болем у грудній клітці ($p < 0,05$, $\chi^2 = 13,3$), а також загальною слабкістю ($p < 0,05$, $\chi^2 = 12,1$). У хворих 2 групи також було встановлено вірогідно вищі показники лейкоцитозу та відсотку паличкоядерних лейкоцитів, вірогідно вищий відсоток осіб із гіпертермією та довший термін тривалості лихоманки. Аналіз клінічної симптоматики показав, що в обох групах хворі відмічали спочатку появу, а потім посилення кашлю, задишки, збільшення виділення мокроти і звертались за медичною допомогою уже при підвищенні температури тіла. Встановлено, що у пацієнтів 2 групи було виявлено достовірно вищий відсоток осіб, які використовували антибактеріальну терапію впродовж останніх 3 місяців з приводу інших захворювань. Супутня патологія у вірогідно більшому відсотку випадків була виявлена теж у 2 групі пацієнтів. Найбільш частими ускладненнями були виявлені ІТШ I ст 48 % хворих, інфекційний міокардит – 30 % хворих, обструктивний синдром - у 10% пацієнтів. Аналіз загальної тривалості лікування показав, що термін був довшим у 2 групі хворих із тяжким перебігом НП ($p < 0,05$), крім того, середня тривалість перебування хворих 2 групи у ВРІТ склала – $3,9 \pm 1,2$ дні. Середня тривалість захворювання до госпіталізації також була вірогідно вищою у 2 групі хворих ($p < 0,05$). Відмічається кореляційна залежність між тривалістю захворювання до госпіталізації та кількістю проведених ліжко-днів у стаціонарі $r = 0,364$, $p < 0,05$. За результатами рентгенологічного дослідження ОГК у хворих 2 групи було

виявлено високий відсоток пацієнтів із двобічним ураженням (64,3%) та багаточастковою пневмонічною інфільтрацією, при обстеженні хворих було виявлено вищу кількість балів за шкалою SMRT-CO.

Таким чином, НП є частою патологією у військовослужбовців строкової служби, особливо у перші три місяці служби, а також характеризується вираженою сезонністю піків хвороби (зима та літо). Встановлено, що в переважній більшості випадків виявлено однібічне ураження легень, проте при тяжкому перебігу НП відсоток двобічного ураження був вірогідно вищим.

Висновки. Встановлено, що військовослужбовці строкової служби були основною категорією хворих на негоспітальну пневмонію у клініці пульмонології ВМКЦ Центрального регіону при аналізі за період 2017-2020 рр., при цьому відсоток тяжких випадків захворювання складав 4,5%-5%, переважна кількість випадків спостерігається в зимовий та літній сезони року. Тривалість захворювання до госпіталізації у військовослужбовців строкової служби із нетяжким перебігом був достовірно нижчим у порівнянні із пацієнтами із тяжкою НП. Основними ускладненнями при тяжкому перебігу були ІТШ та інфекційний міокардит.

Список літератури.

1. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах «Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. 2019. Київ. <https://www.umj.com.ua/article/157209>
2. Бойчак М.П., Осьодло Г.В. Терапевтичні аспекти війни на Сході України. Монографія. Видавництво Людмила. Київ. 2020. 320 с.
3. Депутат Ю.М., Белов О.А. Вивчення загальної захворюваності військовослужбовців строкової служби ЗС України з урахуванням деяких імунологічних показників та можливих способів її корекції. У кн: Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць УВМА. Випуск 49. Том 2. К. 2017. С. 103-111.
4. Дзюблик Я.О., Слесаренко Ю.О., Капітан Г. Б., Ячник Р.Є. та ін. Антимікробна терапія хворих на вірусно-бактеріальну негоспітальну пневмонію, що виникла у мобілізованих при проходженні служби в зоні АТО/ООС під час бойових дій. Український пульмонологічний журнал. 2019.№ 1.С. 44–48.

ПЕРЕБІГ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Козачок М.М., к.мед.н., доцент., професор кафедри військової терапії факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації, Українська військово-медична академія, м.Київ, niki52@ukr.net

Лаврентьєва В.О., слухачка факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м.Київ

Вступ. Дана патологія посідає важливе місце серед проблем в кардіології зважаючи на різні варіанти перебігу, прояву і подальшого прогнозу інвалідності та несприятливого результату внаслідок серцевої недостатності. Міокардіодистрофії неоднорідна група захворювань міокарда, які є важливою причиною раптової смерті. Впродовж перших трьох років від появи перших симптомів більше половини таких пацієнтів помирають, в подальшому – ще 4-10% щороку.

Незважаючи на поліетіологічність даної патології всі етіопатогенетичні варіанти міокардіодистрофії характеризуються єдиним патогенетичним механізмом розвитку, в основі якого покладено порушення внутрішньоклітинного енергетичного обміну. Всі клінічні прояви міокардіодистрофії засновані на порушення кардіогемодинаміки.

Проблема міокардіодистрофії є доволі актуальною, оскільки на сьогоднішній день остаточно не встановлені як причини її розвитку, так і чіткі межі щодо поділу між кардіоміопатіями та іншими серцево-судинними захворюваннями.

У зв'язку із зростанням кількості випадків, та появою нових причинних факторів, а також недосконалістю виявленням і лікуванням дане захворювання потребує подальшого вивчення.

Мета роботи: розглянути взаємозв'язок між причинним фактором, та подальшим розвитком міокардіодистрофії у військовослужбовців.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 54 хворих. Пацієнти віком від 18 до 58 років, відібрані з пораненнями у голову, грудну клітку, верхню частину тулуба.

Інструментальними методами дослідження стану хворих були ЕКГ, ЕхоКГ. Для оцінки стану міокарда та розмірів камер серця хворим проводили ехокардіографічне обстеження з визначенням розмірів камер серця та фракції викиду лівого шлуночка. За результатами ЕхоКГ проводили розрахунок маси міокарда, індекс маси міокарда, відносну товщину міокарда.

Результати дослідження. Серед представлених пацієнтів причина поранення різнилась, а саме: мінно-вибухові ураження 21,7%, закрита травма грудної клітки 21,7%, вогнепальне поранення 8,6%, колото-різане поранення 4,7%, черепно мозкова травма 8,6%, поєднанні 4,3%, інше 30,4%. В результаті аналізу зібраними даних найбільша частота виникнення міокардіодистрофії була виявлена при мінно-вибуховій травмі, закритій травмі грудної клітки, проникаючому пораненні грудної клітки справа, дещо рідше при вогнепальних ураженнях кінцівок.

Під час дослідження характеристика скарг хворих різнилась: загальна слабкість, дзвін у вухах, серцебиття, перебої в роботі серця, задишка, болі в області грудної клітки.

Клінічна симптоматика різнилась в залежності від характеру ураження серцевого м'язу, але найбільш притаманні були: загальна слабкість (43%), біль в області грудної клітки (30%), серцебиття (9%, задишка (7%), дзвін у вухах (7%), відчуття перебоїв в роботі серця (4%).

Зміною на ЕКГ-дослідженні найпоширенішою було гіпертрофія ЛШ, інверсія зубця Т, зниження сегмента ST, аритмія, подовження інтервалу QT, та подовження сегменту PQ.

У 22% пацієнтів вольтаж зубців ЕКГ у I-III відведеннях був зниженим. Величина вольтажу ЕКГ не залежала від водія ритму серця і статі пацієнтів. Низький вольтаж ЕКГ у стандартних відведеннях частіше спостерігався у міокардіодистрофії зумовлених травматичним чинником (27,7%). Показники ФВ ЛШ мали тенденцію до зменшення внаслідок травматичного агента на тканину міокарду.

Характерними особливостями ЕКГ при міокардіодистрофії є порушення ритму. При однократній реєстрації ЕКГ синусовий ритм спостерігався у 60-65% хворих, а у 40-35% спостерігаються різноманітні аритмії. При холтеровському моніторингу частота виявлення порушень ритму зростає практично до 100%. При аналізі нами ЕКГ-даних у госпіталізованих хворих з міокардіодистрофії було виявлено, що синусовий ритм спостерігався у 41 пацієнта. У 25,0% спостерігалась тахікардія, у 21,2% спостерігалась брадикардія, у 53,8% відмічаємо задовільну ЧСС.

Висновок. За результатами досліджень існує взаємозв'язок між причинним фактором, та подальшим розвитком міокардіодистрофії у військовослужбовців – учасників бойових дій.

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF INJURIES BY NERVE AGENTS ACCORDING TO DOMESTIC AND INTERNATIONAL EXPERIENCE

Bohdana Viktorivna Yurchenko Ukrainian Military Medical Academy,
bohdana431998@gmail.com

Kyrylo Volodymyrovych Savichan senior teacher of the department of military therapy
Ukrainian Military Medical Academy kws13@ukr.net

Introduction. Nerve agents (NAs) are the most toxic of known chemical warfare agents. They are chemically similar to organophosphate pesticides and exert their biological effect by

inhibiting acetylcholinesterase (AChE) [1]. NAs include Tabun (GA), Sarin (GB), Soman (GD) and VX [1]. In the modern conditions of Russia's armed aggression against Ukraine, there is a high probability of using NAs, therefore, knowledge of the specifics of the mechanism of their action, symptoms and the provision of medical aid in a timely and competent manner is the key to preventing mass sanitary losses and reducing the combat capacity in the ranks of the Armed Forces of Ukraine [2].

Goal. Analysis and scientific substantiation of approaches to the treatment of personnel of the Armed Forces of Ukraine from injuries caused by NAs.

Materials and methods. Analysis of domestic and foreign sources highlighting the striking effect of NAs, their toxicity and means of treatment.

The results. NAs were developed in Germany before World War II and are currently considered a military threat, banned from production and stockpiling by the 1993 Chemical Weapons Convention. There are a significant number of them in Russia's arsenals. NAs can be dispersed by many types of ground and air-based munitions in the form of vapors and liquids. These include: mortars, rockets, grenades, land mines and spray tanks [3].

Among the combat-specific features of NAs is their high toxicity, which allows even extremely small doses to quickly cause severe and fatal lesions. They cause poisoning in any form of exposure: inhalation, oral and percolation through the skin. At the same time, only the value of their average lethal concentration differs. Concentrations of nerve agents directly dangerous to life and health are: 0.0001 mg/m³ for tabun, 0.0001 mg/m³ for sarin, 0.0003 mg/m³ for soman and 0.0001 mg/m³ for VX [3].

Because the odor of these NAs may be weak or disappear after adaptation, olfactory identification of the odor of fruit or fish is not a reliable indicator of their exposure. Activated carbon in a canister of filtering gas masks adsorbs nerve agents in the form of vapor or gas, just like carbon in chemical protective clothing. Butyl rubber in chemical protective gloves and boots is impervious to them. Proper wearing of a gas mask and chemical protective kit provides full protection against nerve agents [3].

The mechanism of action of NAs consists in suppressing AChE, which leads to the cessation or significant reduction of hydrolysis the mediator – acetylcholine, the accumulation of which in synapses is accompanied by subsequent excitation and overexcitation of the cholinergic nervous system. Organs with cholinergic receptors include: smooth muscle, skeletal muscle, the central nervous system, and most exocrine glands [4, 5].

From a pathophysiological point of view, all symptoms of poisoning by NAs can be divided into 3 groups: muscarinic, nicotinic, central. Musk and rhino-like symptoms include: bronchospasm, increased tone and peristalsis of the intestines, increased secretion of saliva, lacrimation, miosis, bradycardia, and a decrease in blood pressure. Nicotine-like symptoms include: muscle fibrillation, twitching of the muscles of the face, eyelashes, tongue, neck, muscle weakness, tachycardia, increased blood pressure, hyperadrenaline. Central symptoms are manifested by: headache, loss of consciousness, convulsions, respiratory failure, comatose state [5].

The initial effect of exposure to a nerve agent depends on the dose and route of administration. If the substance entered the body in the form of vapors and in small doses, the symptoms will include miosis, rhinorrhea, slight difficulty breathing; if in large doses, then within a few seconds–minutes after contact with the NAs, there will be a sudden loss of consciousness, convulsions, apnea, lethargic paralysis, abundant secretions, miosis. If the substance got in the form of a liquid on the skin, in small or moderate doses: local sweating, nausea, vomiting, feeling weak; if in large doses, then again within a few seconds – minutes after contact with the NAs there will be: sudden loss of consciousness, convulsions, apnea, lethargic paralysis, abundant secretions [3].

The diagnosis of NAs poisoning is made clinically, although laboratory tests to determine the level of AChE in erythrocytes or the level of AChE in plasma, as well as more specialized laboratory tests, can confirm the effect of such substances.

A special feature of providing assistance to such affected persons is the short term of providing first medical (pre-medical) aid - up to 5-10 minutes from the moment of the onset of

symptoms of intoxication; an antidote that is most effective in the first minutes after the appearance of signs of intoxication and does not prevent the development of a severe form of poisoning when it is used after 5-10 minutes and later; special treatment of infected skin areas in the first 1-2 minutes warns of damage, and after 5-10 minutes does not exclude the occurrence of a severe form of poisoning. At the same time, first of all, medical means of protection are used, which are carried by servicemen (afflicted) [2].

Treatment of a victim of nerve agent poisoning consists of immediate special treatment (removal of contaminated clothing and washing of body parts using 0.5% hypochlorite solution or soap and water), administration of antidotes and supportive therapy [1].

Taking into account the main mechanism of action and clinical signs of intoxication, the following 3 main groups of drugs are used for the treatment of poisoning with anticholinesterase substances, such as: M-cholinolytics (atropine), oximes (pralidoxime, dipiroxime), and anticonvulsants (diazepam) [2].

For pre-hospital care in NATO countries, autoinjectors for intramuscular use "ATNAA" (Antidote Treatment Nerve Agent Autoinjector); each of them contains 2.1 mg of atropine and 600 mg of 2-PAM (2-pyridine aldoxime methyl chloride, or pralidoxime). Drugs are injected into the large muscle (for example, in the thigh) before establishing intravenous (IV) access [6].

Adult patients with significant respiratory distress or systemic effects should immediately receive three doses of atropine 2.0 mg or 2.1 mg and three doses of 600 mg 2-PAM, followed immediately by 10 mg of diazepam, which is also available as autoinjectors for oral administration. ulcerative use of "CANA" (Convulsive Antidote, Nerve Agent autoinjector) or 1–2 mg of midazolam (which is better absorbed intramuscularly than diazepam). In patients with less severe signs and symptoms, one combined dose of the autoinjector may be re-administered 3-5 minutes later if symptoms persist; except for cases when it will be necessary to use 3 autoinjectors at the same time. Diazepam is administered only as indicated in the order of mutual aid. Additional doses of atropine 2 mg will be administered every 2–3 minutes until muscarinic effects (airway resistance, secretions) disappear. Additional doses of 600 mg of 2-PAM can be given hourly as needed to control skeletal muscle effects (twitching, fasciculations, weakness, paralysis). Additional doses of benzodiazepines are prescribed if necessary for the treatment of seizures. It should be noted that patients with paralysis may have convulsions in the absence of visible convulsions. The transition to intravenous administration should be carried out as soon as possible. Smaller doses are administered to children [6].

If the enemy is expected to use NAs, the possibility of pre-prescribing 30 mg of pyridostigmine should be considered orally every 8 hours. This compound is the reverse ester of carbamic acid. Since pyridostigmine combines with AChE in reverse, it actually protects the enzyme from irreversible inhibition by the nerve agent; after feedback destruction, the release of AChE can help hydrolyze excess acetylcholine in target organs [1, 3].

To eliminate oxygen deficiency, oxygen therapy is performed. When normal breathing is maintained, it takes place oxygen inhalation. When full absence independent breathing, stable hypoventilation, as well as with pathological dyspnoea, perform artificial lung ventilation with remediation of the tracheobronchial tree.

Conclusions. The high risk of use by the Russian aggressor on the territory of Ukraine of NAs and their extremely high toxicity, which allows even in extremely small doses to quickly cause severe and fatal lesions, determine the need for constant awareness and improvement of the knowledge of medical personnel and personnel in the countermeasures algorithm in case of poisoning by them. It has been proven that the timeliness and effectiveness of the use of medical means to save the life of a serviceman in a war with the use of NAs can be achieved only under the conditions of providing the personnel with means of chemical protection (3 sets of antidotes against NAs for providing self- and mutual aid, preventive antidote for NAs, anticonvulsants), which should be part of individual medical equipment (individual first-aid kit) - first of all, the combined military individual medical first-aid kit [2].

References

1. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Medical Management Guidelines for Nerve Agents: Tabun (GA); Sarin (GB); Soman (GD); and VX. Electronic resource: [<https://wwwn.cdc.gov/TSP/MMG/MMGDetails.aspx?mmgid=523&toxid=93#:~:text=Nerve%20agents%20are%20the%20most,water%20and%20most%20organic%20solvents.>].
2. Ustinova, L. A., Bohaienko, V. L., Khizhniak, M. I., Vlasenko, O. M., Kompaniets, O. A., Saglo, V. I., Barkevych, V. A., Shmigol, V. M., & Yevtodiev, O. A. (2022). Current threats to the use of combat toxic nervous and paralytic action on the territory of Ukraine and features of medical protection. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 3(2), 81-91. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-081](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-081) Medical management of chemical casualties handbook (2014). Daniel E. Banks, editor in chief. – Fifth edition.
3. Wiercinski, A., Jackson, J.P. (2021). *Nerve Agents*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 1–12.
4. Weir, AGA, Makin, S., Breeze J. (2020). Nerve agents: emergency preparedness *BMJ Mil Health*, 166, 42–46. doi:10.1136/jramc-2019-001380
5. MSD Manual. James M. Madsen . (2021). U.S. Army Medical Research Institute of Chemical Defense (USAMRICD). Electronic resource: [<https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/mass-casualty-weapons/nerve-chemical-warfare-agents?query=Nerve%20Chemical-Warfare%20Agents>].

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ЦИРКУЛЯЦІЇ ШТАМУ «ОМІКРОН» 2021-2022Р. НА ФОНІ ВАКЦИНАЦІЇ ПРИ ЛЕГКОМУ ТА СЕРЕДНЬОТЯЖКОМУ ПЕРЕБІГУ

Дімов П.В., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Трихліб В.І., д.мед.н., доцент, професор кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, v.tryhleb@gmail.com

Вступ. Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) є гострою респіраторною інфекцією, спричиненою вірусом тяжкого гострого респіраторного синдрому 2 (SARS-CoV-2) [1]. Коронавірусна інфекція залишає свою актуальність навіть після масового проведення вакцинації. Змінився і штам, який циркулює в Україні та країнах світу. Значно збільшився відсоток хворих, які проходять лікування в амбулаторних умовах.

Важкість перебігу може варіювати від легкого (навіть безсимптомного) перебігу до розвитку тяжкої пневмонії, сепсису, гострого респіраторного дистресс синдрому. На перебіг інфекції значною мірою впливає наявність супутніх захворювань [2].

Втрата відчуття смаку й запаху є специфічним симптомом, що майже однозначно вказує на COVID-19, оскільки він дуже рідко трапляється при інших інфекційних захворюваннях [3].

Пацієнти з легким перебігом захворювання можуть також скаржитися на біль у горлі, головний біль, міалгії та нездужання, спотворення нюху (дизосмія), смаку (дизгевзія) та / або втрату нюху (аносмія), смаку (агевзія). У пацієнтів з легким перебігом відсутні ознаки зневоднення, сепсису, задишка або утруднене дихання з відчуттям стискання за грудниною, збільшення частоти дихальних рухів, наявність мокротиння або кровохаркання, нудота, блювання та / або діарея, немає змін психічного стану сплутаності свідомості, млявості [4].

Поліморфність клінічної симптоматики та відсутність патогномонічних ознак ускладнюють діагностику COVID-19.

Результати отриманих даних ще раз підтверджують, що лікар, далеко не завжди, може оцінити вірогідність тяжкого перебігу хвороби та передбачити розвиток ускладнень, опираючись лише на клінічні симптоми, та не може використовувати їх в якості прогностичних і діагностичних критеріїв [2].

Важливим завданням для лікарів є своєчасне виявлення ускладнень для призначення відповідної терапії, щоб запобігти прогресуванню хвороби. Вчасне виявлення клінічних проявів ускладнень і тяжкого перебігу мають важливе значення для покращення наслідків лікування.

Мета роботи: проаналізувати клінічні прояви у хворих на коронавірусну хворобу при легкому та середньотяжкому перебігу під час останньої хвили захворювань в 2021-2022р.

Матеріали та методи: Проведений аналіз даних 118 медичних карток стаціонарних хворих із підтвердженим діагнозом COVID-19, які лікувались у інфекційному відділенні національного військово-медичного клінічного центру «Головний військово клінічний госпіталь» з приводу коронавірусної хвороби (COVID-19), яка була підтверджена за допомогою ПЛР в режимі реального часу на наявність РНК вірусу SARS-COV-2.

Результати. Серед 52 пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування у НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом коронавірусна хвороба (COVID-19) з легким перебігом, отримані наступні дані, щодо клінічних проявів.

Скарги на виражену загальну слабкість пред'являли 8 (15,3%) хворих, на помірну загальну слабкість - 44 (84,6%) хворих, задишку при фізичному навантаженні - 1 (1,9%) хворий, відчуття стиснення в грудях - 2 (3,8%) хворих, ломоту в тілі - 7 (13,4%) хворих, нежить - 20 (39,2%), закладеність носу - 13 (25,4%) хворих, виражений біль в горлі - 6 (11,5%) хворих, помірний біль в горлі - 11 (21,1%) хворих, виражений головний біль - 10 (19,2%) хворих, помірний головний біль - 9 (17,3%) хворих, підвищення АТ - 2 (3,8%) хворих, артралгію - 4 (7,6%) хворих, втрату одночасно смаку і нюху - 14 (26,9%) хворих. Скарги на кашель були: на сухий - у 12 (23,5%) осіб, малопродуктивний - у 6 (11,7%) осіб, вологий - у 9 (17,6%) осіб.

Температура тіла при госпіталізації була: субфебрильна - у 28(53,8%), фебрильна - у 4 (7,6%), піретична - у 1 (1,9%).

При аускультатії в легенях вислуховувалось жорстке дихання - у 7 (13,4%) осіб, сухі хрипи - у 1 (1,9%) хворого, вологі дрібнопухирцеві хрипи - у 1 (1,9%) хворого. При перкусії легень вислуховувався коробковий звук - у 1 (1,9%) хворого.

У 66 хворих із середньотяжким перебігом скарги на виражену загальну слабкість були - у 25 (37,8%) осіб, на помірну загальну слабкість - у 41 (63,12%), задишку при фізичному навантаженні - у 29 (43,9%) та у спокої - у 5 (7,5%), відчуття стиснення в грудях - у 14 (21,2%), ломоту в тілі - у 17 (25,7%), ринорею - у 9 (13,6%), закладеність носу - у 5 (7,5%), виражений біль в горлі - у 4 (6,1%), помірний біль в горлі - у 6 (9,2%), запаморочення - у 6 (9,0%), втрату свідомості - у 2 (3,0%), виражений головний біль - у 9 (13,6%), помірний головний біль - у 20 (30,3%), підвищення АТ - у 20 (30,3%), артралгію - у 6 (9,0%), міалгію - у 5 (7,5%), втрату одночасно смаку і нюху - у 4 (6,0%). На сухий кашель скаржились 12 (23,5%) хворих, малопродуктивний - 6 (11,7%), вологий - 9 (17,6%).

Температура тіла при госпіталізації у хворих даної групи була: субфебрильна - у 28 (42,4%), фебрильна - у 16 (24,2%), піретична - у 2 (3,0%).

При аускультатії в легенях було жорстке дихання - у 47 (71,21%) пацієнтів та ослаблене дихання - у 3 (4,5%), сухі хрипи вислуховувались - у 9 (13,6%), вологі дрібнопухирцеві - у 4 (6,0%), крепітація - у 3 (4,5%).

Перкуторно коробковий звук вислуховувався - у 1 (1,5%) хворого, вкорочений звук - у 2 (3,0%).

Висновки. У хворих на коронавірусну хворобу при середньотяжкому перебігу частіше хворі скаржились на виражену загальну слабкість, сухий, малопродуктивний кашель, відчуття стиснення в грудях, задишку при фізичному навантаженні та у спокої, ломоту в тілі, помірний головний біль, запаморочення, втрату свідомості, підвищення АТ, міалгію та артралгію. Частіше реєструвалась фебрильна та піретична температура тіла при госпіталізації. При аускультатії переважно вислуховувалось жорстке, ослаблене дихання, крепітація, сухі та вологі хрипи. Перкуторно був вкорочений звук.

Список літератури

1. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive stud / L. L. Ren, Y. M. Wang, Z. Q. Wu [et al.] // Chinese Medical Journal. – 2020. – Vol. 9, N 133. – 1015-1024.
2. Дуда О.К., Вега А.Р., Бойко В.О., Печінка А.М., Коцюбайло Л.П./Клінічні особливості COVID-19 у дорослих//Журнал «Здоров'я суспільства».-2020- №9(1). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-society.zaslavsky.com.ua>
3. Комісаренко С.В. Полювання вчених на коронавірус SARSCoV-2, що викликає COVID-19: наукові стратегії подолання пандемії. Вісн. НАН України. 2020. № 8. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.15407/visn2020.08.029>
4. Наказ МОЗ України від 27.10.2020 № 2438 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги „Коронавірусна хвороба (COVID-19)“». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2438282-20#Text>

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НОВОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ, ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19 ДО ТА ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ЦИРКУЛЯЦІЇ ШТАМУ ОМІКРОН

Медвідь В.А., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Трихліб В.І., д.мед.н., доцент, професор кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, v.tryhleb@gmail.com

Вступ. COVID-19 - це проблема сфери охорони здоров'я світового масштабу, враховуючи, що збудником є новий, раніше невідомий вірус, з високим рівнем поширеності та смертності. Актуальність проблеми з новим вірусом важко переоцінити [1].

На сьогодні встановлено, що COVID-19 може мати дуже різноманітний перебіг, від безсимптомного, легкого до середньотяжкого, тяжкого і навіть критичного, спричиняючи смерть. Багато факторів (стать, супутні захворювання та ін.) є ключовими щодо визначення тяжкості і подальшого прогресування захворювання. Тяжкий перебіг COVID-19 зазвичай розвивається приблизно через тиждень після появи перших симптомів. Прогресуюча дихальна недостатність (ДН) розвивається в пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19 незабаром після появи задишки і гіпоксемії. Такі пацієнти зазвичай відповідають критеріям гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС). Більшість пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19 мають лімфопенію. У деяких хворих розвиваються тромбоемболічні ускладнення, ураження нервової системи, гостре пошкодження міокарда, печінки і нирок [2].

Тяжкість перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 має певну залежність від віку хворих та наявності супутньої патології. Серед хворих з тяжким перебігом в 2 рази більше пацієнтів похилого віку та в 3 рази більше пацієнтів старшого віку. У хворих з тяжким перебігом COVID-19 супутня патологія реєструється в 8 разів частіше, а поєднання 3 та більше коморбідних станів в 7,5 разів частіше, ніж у хворих із середньотяжким перебігом захворювання [3].

Визначено, що загальний коефіцієнт смертності від COVID-19 в середньому був 7,2%; нижче 0,4% у пацієнтів 40 років та молодше, 1% - у віці 50 років; 3,5% - у віці 60 років; 12,8% - у віці 70 років; до 20,2% - у віці 80 років та старше [4]. На початку пандемії найбільша частота смертності встановлена у хворих старше 85 років (10-27%), у віці 65-84 років частота смертності була 3-11%, від 1 до 3% у хворих 55-64 роки, менше 1% у хворих 20-54 роки, не зафіксовано смертності серед хворих молодше 19 років. Похилий та старечий вік були чіткими предикторами смертності серед госпіталізованих хворих в клініках Великої Британії [3].

Невідповідність суб'єктивних проявів захворювання ступеню ураження внутрішніх органів, розвиток різноманітних ускладнень, які розвиваються як в період розпаду хвороби,

так і в період реконвалесценції, значно ускладнюють проведення діагностики, лікування та профілактичних заходів.

За даними одного дослідження, яке було проведено в одній із клінік Китаю, встановлена наступна частота симптомів COVID-19 у важкохворих: гарячка (83 %), кашель (82 %), задишка (32 %), біль у м'язах (11 %), сплутаність свідомості (9 %), головний біль (8 %), біль у горлі (5 %), ринорея (4 %), біль у грудях (2 %), діарея (2 %), нудота та блювота (1 %), двобічна пневмонія (75 %), множинні прояви за типом симптому матового скла (14 %), пневмоторакс (1 %), гострий респіраторний дистрес-синдром (17 %). За іншими даними, при аналізі історій хвороб понад 1 000 пацієнтів, діарея спостерігалася при легкому перебігу хвороби у 3,3 % хворих, при тяжкому – у 5,5 %, нудота і блювання – відповідно у 4,6 та 6,9 % [5].

В іншому дослідженні, коли було обстежено 138 пацієнтів, найбільш поширеними симптомами на початку хвороби були: гарячка (98,6 %), втома (69,6 %), сухий кашель (59,4 %), міалгія (34,8 %) та задишка (31,2 %). Рідшими симптомами були головний біль (6,5 %), запаморочення (9,4 %), біль у животі (2,2 %), діарея (10,1 %), нудота (10,1 %) та блювота (3,6 %). При цьому діарея і нудота були першими симптомами, які тривали 1-2 доби і передували підвищенню температури та появі утрудненого дихання [6]. В іншому дослідженні, де аналізували клінічний перебіг хвороби у 41 пацієнта, провідними симптомами були температура (98 %), кашель (76 %), міалгія або втома (44 %) [7].

За даними Fei Zhou et al. (2020), у хворих розвинулись різноманітні ускладнення, а у тих, хто помер, частіше реєструвався сепсис, септичний шок, вторинна інфекція, гостра дихальна недостатність, ГРДС, серцева недостатність, коагулопатія, гостре ураження серця, нирок, гіпопротейнемія, ацидоз, що свідчить про розвиток поліорганної недостатності [8]. За даними Тао Chen et al. (2020), у померлих частіше розвивались такі ускладнення: ГРДС - у 100 %, дихальна недостатність (ДН) I типу - у 51 %, сепсис – у 100 %, гостре ураження серця – у 77 %, серцева недостатність – у 49 %, алкалоз – у 40 %, гіперкаліємія – у 37 %, гостра ниркова недостатність – у 25 %, гіпоксична енцефалопатія - у 20 % [9].

Мета дослідження. Встановити особливості клінічних проявів тяжкого перебігу COVID-19 в залежності від різних періодів пандемії.

Матеріали та методи: Методом випадкової вибірки було відібрано 145 медичних карток стаціонарних хворих пацієнтів, що лікувались з приводу коронавірусної хвороби COVID-19 тяжкого перебігу, з них: 112 (77,24%) пацієнтів були до початку циркуляції штаму «омікрон» та 33 (22,76%) пацієнти після початку циркуляції штаму «омікрон», які лікувались у інфекційному відділенні Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь». Коронавірусна хвороба (COVID-19) була підтверджена за допомогою ПЛР в режимі реального часу на наявність РНК вірусу SARS-COV-2. Було розроблено анкету для подальшого внесення даних в програму Microsoft Excel. Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера з використанням програми STATISTICA та Microsoft Excel.

Результати. Серед усіх пролікованих пацієнтів з приводу тяжкого перебігу коронавірусної інфекції більше було чоловіків 131 (90,34%), ніж жінок 14 (9,66%), ($p < 0,05$).

За належністю хворих до ЗС до початку циркуляції штаму «омікрон» пенсіонерів було 62 (55,36%) хворих, офіцерів - 26 (23,21%), військовослужбовців контрактної служби - 24 (21,43%), військовослужбовців строкової служби – не було. За належністю хворих до ЗС після початку циркуляції штаму «омікрон»: пенсіонерів - 26 (78,79%), офіцерів - 3 (9,09%), військовослужбовців контрактної служби - 2 (6,06%), військовослужбовців строкової служби – 2 (6,06%). Отже, в обох групах більшість хворих були із категорії «пенсіонер» ($p < 0,05$), та після початку циркуляції штаму «омікрон» достовірно збільшилась частка «пенсіонерів» в порівнянні із періодом до початку циркуляції штаму «омікрон».

Середній вік пацієнтів з тяжким перебігом коронавірусної інфекції, що увійшли у вибірку становив $Me = 68$ ($Q_{25} = 51$, $Q_{75} = 78$), $min = 19$ $max = 93$ років. При аналізі даних щодо

кількості хворих у різних вікових групах в різні періоди пандемії, було встановлено, що в різні періоди пандемії в кожній із вікових груп рівень захворюваності на коронавірусну хворобу із тяжким перебігом суттєво не відрізнявся та найчастіше хворіли пацієнти із вікової категорії 71-80 років: 23 (20,54%) і 11 (33,33%) до та після початку циркуляції штаму «омікрон» відповідно. Проте, після початку циркуляції штаму «омікрон» збільшилась частка хворих старше 60 років – 24 пацієнта (72,72%), тоді як пацієнтів віком до 60 років, які лікувались стаціонарно, значно зменшилось – 9 пацієнтів (27,28%), ($p < 0,05$). До початку циркуляції штаму «омікрон» різниця між цими групами була меншою: 67 пацієнтів (59,82%) старше 60 років та 45 пацієнтів (40,18%) віком до 60 років, ($p > 0,05$). Під час обох періодів більше реєструвалось хворих із тяжким перебігом серед осіб старше 60 років, що обумовлено як віковими особливостями, так і відсутністю щеплення.

При аналізі даних щодо клінічних проявів нової коронавірусної інфекції у хворих під час епідемії COVID-19, до початку циркуляції штаму «омікрон» в залежності від належності до ЗС, було встановлено, що: лихоманка була відсутня у 1 (4,1%) військовослужбовця контрактної служби, у 3-х (11,54%) офіцерів та у 17 (27,42%) пенсіонерів. Субфебрильна температура тіла спостерігалась у 4 (16,7%) військовослужбовців контрактної служби, у 8 (30,77%) офіцерів, у 17 (27,42%) пенсіонерів. Фебрильна лихоманка була у 15 (62,5%) військовослужбовців контрактної служби, 11 (42,3%) офіцерів та у 25 (40,32%) пенсіонерів. Піретична температура тіла спостерігалась у 4 (16,7%) військовослужбовців контрактної служби, у 4 (15,39%) офіцерів, у 3 (4,84%) пенсіонерів. Сухий кашель спостерігався у 10 (41,67%) військовослужбовців контрактної служби, у 11 (42,31%) офіцерів, у 17 (27,42%) пенсіонерів. Малопродуктивний кашель у 8 (33,33%) військовослужбовців контрактної служби, у 7 (26,92%) офіцерів, у 8 (12,9%) пенсіонерів. Вологий кашель у 2 (8,33%) військовослужбовців контрактної служби, у 1 (3,85%) офіцера, у 9 (14,52%) пенсіонерів. Кашель був відсутнім у 4 (16,67%) військовослужбовців контрактної служби, у 7 (26,92%) офіцерів, у 28 (45,16%) пенсіонерів. Помірна загальна слабкість спостерігалась у 16 (66,67%) військовослужбовців контрактної служби, у 19 (73,08%) офіцерів, у 38 (61,29%) пенсіонерів. Виражена загальна слабкість спостерігалась у 2 (8,33%) військовослужбовців контрактної служби, у 4 (15,38%) офіцерів, у 16 (25,81%) пенсіонерів. Задишка в спокої була присутня у 4 (16,67%) військовослужбовців контрактної служби, у 6 (23,07%) офіцерів, у 15 (24,19%) пенсіонерів. Задишка при фізичному навантаженні - у 14 (58,33%) військовослужбовців контрактної служби, у 13 (50,00%) офіцерів, у 28 (45,16%) пенсіонерів. Задишка була відсутня у 6 (25,00%) військовослужбовців контрактної служби, у 7 (26,93%) офіцерів, у 19 (30,65%) пенсіонерів. Середні рівні сатурації, частоти пульсу, частоти дихання серед усіх категорій хворих знаходились практично на одному рівні. При чому частота пульсу знаходилась в межах норми, сатурація дещо нижче норми, а частота дихання дещо вище норми. Достовірно встановлено, що частота дихання 20-24 за хвилину частіше спостерігалась у пенсіонерів, у даних хворих була і більшість із сатурацією менше 90%. Частота пульсу в межах 100-119 за хвилину частіше спостерігалась військовослужбовців контрактної служби та пенсіонерів з однаковою частотою (36,8%), дещо менше в офіцерів (26,5%).

При аналізі даних щодо клінічних проявів нової коронавірусної інфекції у хворих під час епідемії COVID-19, після початку циркуляції штаму «омікрон» в залежності від належності до ЗС, було встановлено, що: лихоманка була відсутня у 2 (100%) військовослужбовців контрактної служби (в/сл к/с), у 2 (100%) військовослужбовців строкової служби (в/сл стр.сл.), 1 (33,33%) офіцера та 9 (34,62%) пенсіонерів. Субфебрильна температура тіла спостерігалась у 1 (33,33%) офіцера, 14 (50,00%) пенсіонерів. Фебрильна лихоманка була у 1 (33,33%) офіцера та у 4 (15,38%) пенсіонерів. Піретичної температури серед даної групи хворих не спостерігалось. Встановлено, що сумарно нормальна та субфебрильна температура серед пенсіонерів спостерігалась найчастіше, як і фебрильна та піретична: нормальна та субфебрильна температура тіла: у 2 (6,9%) в/сл к/с, у 2 (6,9%) в/сл стр. сл., у 2-х (6,9%) офіцерів, у 23 (79,3%) пенсіонерів, $p < 0,05$; фебрильна та піретична: у 1

(24,2%) офіцера, у 4 (45,2%) пенсіонерів. Сухий кашель спостерігався у 1 (50,00%) військовослужбовця строкової служби, у 2 (66,67%) офіцерів, у 9 (34,62%) пенсіонерів. Малопродуктивний кашель у 1 (50,0%) військовослужбовця контрактної служби, у 1 (33,3%) офіцера, у 7 (26,92%) пенсіонерів. Вологий у 1 (50,0%) військовослужбовця строкової служби, у 3 (11,54%) пенсіонерів. Кашель був відсутнім у 1 (50,0%) військовослужбовця строкової служби, 7 (26,92%) пенсіонерів. Помірна загальна слабкість спостерігалась у 1 (33,3%) офіцера, у 9 (34,62%) пенсіонерів. Виражена загальна слабкість спостерігалась у 2 (8,33%) військовослужбовців контрактної служби, у 2 (100,00%) військовослужбовців строкової служби, у 2 (66,67%) офіцерів, у 17 (65,38%) пенсіонерів. Задишка в спокої була присутня у 1 (50,0%) військовослужбовця контрактної служби, 3 (100%) офіцерів, у 12 (46,15%) пенсіонерів. При фізичному навантаженні - у 1 (50,0%) військовослужбовця контрактної служби, у 1 (50,0%) військовослужбовця строкової служби, 13 (50,0%) пенсіонерів. Задишка була відсутня у 1 (50,0%) військовослужбовця строкової служби, у 1 (3,85%) пенсіонера. Достовірно встановлено, що частка осіб, у яких задишка була відсутня або спостерігалась при фізичному навантаженні, була серед пенсіонерів. Відсутність задишки однаково часто спостерігалась у військовослужбовців строкової служби та пенсіонерів. Задишка в спокої: у 1 (6,25%) в/сл к/с, у 3-х (18,75%) офіцерів, у 12 (75%) пенсіонерів, $p < 0,05$. Задишка при фізичному навантаженні: у 1 (6,7%) в/сл к/с, у 1 (6,7%) в/сл с/с, у 13 (86,6%) пенсіонерів. Задишка відсутня: у 1 (50%) в/сл с/с, у 1 (50%) пенсіонера.

Сатурація при госпіталізації була зниженою у всіх категорій, окрім військовослужбовців строкової служби. Достовірно встановлено, що більшість хворих із сатурацією менше 95 та більше 90% було серед категорії пенсіонерів. Середній рівень частоти пульсу був практично в межах норми у всіх категорій. Частота пульсу в межах 100-119 за хвилину була у 7 (100%) хворих, усі з категорії пенсіонерів.

Встановлено, що фебрильна та піретична температура тіла при госпіталізації частіше реєструвалась до початку циркуляції штаму «омікрон», незалежно від категорії пацієнтів. Після початку циркуляції штаму «омікрон» у більшості хворих реєстрували нормальну та субфебрильну температуру ($p < 0,05$). Також після початку циркуляції штаму «омікрон» рідше реєстрували задишку у всіх категорій пацієнтів в порівнянні з пацієнтами, що хворіли до початку циркуляції штаму «омікрон» ($p < 0,05$).

Встановлено, що сатурація менше 90% найбільш характерна для категорії пенсіонерів як до початку циркуляції «омікрон», так і після її початку, проте після початку циркуляції штаму «омікрон» знизилась кількість осіб із низькою сатурацією серед офіцерів та військовослужбовців контрактної служби.

До початку циркуляції штаму «омікрон» тахікардія при госпіталізації була притаманна усім категоріям пацієнтів, тоді як після початку циркуляції штаму «омікрон», лише для пенсіонерів.

Підвищення частоти дихання як до омікрон, так і після більш характерне для пенсіонерів, проте кількість офіцерів та військовослужбовців контрактної служби з підвищеною частотою дихання до початку «омікрон» була більшою.

Висновки. Після початку циркуляції штаму «омікрон» достовірно збільшилась частка «пенсіонерів» в порівнянні із періодом до початку циркуляції штаму «омікрон». Під час обох періодів більше реєструвалось хворих із тяжким перебігом серед осіб старше 60 років, що обумовлено як віковими особливостями, так і відсутністю щеплення. Після початку циркуляції штаму «омікрон» збільшилась частка хворих старше 60 років. Підвищення частоти дихання як до омікрон, так і після більш характерне для пенсіонерів, проте кількість офіцерів та військовослужбовців контрактної служби з підвищеною частотою дихання до початку омікрон була більшою. Достовірно встановлено, що частота дихання 20-24 за хвилину частіше спостерігалась у пенсіонерів. Встановлено, що сатурація менше 90% найбільш характерна для категорії пенсіонерів як до початку циркуляції «омікрон», так і після її початку. Також після початку циркуляції штаму «омікрон» рідше реєстрували задишку у всіх категорій пацієнтів в порівнянні з пацієнтами, що хворіли до початку

циркуляції штаму «омікрон», ($p < 0,05$). До початку циркуляції штаму «омікрон» тахікардія при госпіталізації була притаманна усім категоріям пацієнтів, тоді як після початку «омікрон», лише для пенсіонерів. Встановлено, що фебрильна та піретична температура тіла при госпіталізації частіше реєструвалась до початку циркуляції штаму «омікрон», незалежно від категорії пацієнтів. Після початку циркуляції штаму «омікрон» у більшості хворих реєстрували нормальну та субфебрильну температуру ($p < 0,05$).

Список літератури

1. Duda O. Clinical features of COVID-19 in adults / O.Duda, A.Vega, V.Boyko, A.Pechinka, L.Kotsyubaylo // Health of Society. – 2021. – Vol.9(1)/ - P.19–23.
2. О.К. Яковенко, С.Л. Гріф, О.В. Дудар та ін. Тяжкий перебіг COVID-19: досвід 2020 року. Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія» 2021 р. №2 ст. 14-19.
3. Пак К.А., Рябоконт О.В. Особливості вікової структури та супутньої патології у хворих на коронавірусну хворобу COVID 19 залежно від тяжкості перебігу. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/13195/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D1%82%D0%B5%D1%81_17.pdf
4. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020; 323:1775-1776. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4683>
5. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China / W. Guan, Z. Ni, Y. Hu [et al.] // medRxiv. – 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974>
6. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China / D. Wang, F. Zhu, X. Liu [et al.] // JAMA. – 2020. Published online February 7. doi:10.1001/jama.2020.1585
7. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China / C. Huang, Y. Wang, X. Li [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 395. – P. 497-506.
8. Fei Zhou, Ting Yu, Ronghui Du et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 28 March — 3 April 2020. Vol. 395. Is. 10229. P. 1054-1062. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305663>
9. Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study [published correction appears in BMJ. 2020 Mar 31;368:m1295]. BMJ. 2020;368:m1091. Published 2020 Mar 26. doi:10.1136/bmj.

ПРОЯВИ ПНЕВМОНІЇ У ПОРАНЕНИХ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНІ У 2022Р ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ

Вітомська-Мельник А.О. слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Трихліб В.І., д.мед.н., доцент, професор кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, v.tryhleb@gmail.com

Вступ. Актуальною проблемою у поранених є різноманітні ускладнення, різновид та частота яких залежать від багатьох факторів.

За різними джерелами частота вогнепальних поранень грудної клітки в сучасних військових конфліктах становить 8-11 % [1].

Частота інфекційних ускладнень при мінно-вибуховій травмі грудей була у 27,5 %, при травмі живота частота інфекційних ускладнень складала 1,5 %, при травмі кінцівок нагноєння ран фіксували у 36,4 % випадків, ранову інфекцію решток кінцівок при відривах та руйнуваннях реєстрували - у 26,9 %, вогнепальний остеомієліт - у 28,3 % випадків [2].

При вогнепальних пораненнях різної локалізації доволі часто спостерігаються захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи. Найбільш частими ускладненнями вогнепальних поранень є хвороби легень і плеври: пульмоніт, крововиливи в легені, пневмонії, нагнійні процеси, пневмоторакс, гемоторакс, емпієма плеври [3].

Пневмонія – гостре інфекційне захворювання переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням легень та обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації. Розрізняють позагоспітальну пневмонію, яка набувається в громаді, тобто поза межами медичного закладу, та внутрішньогоспітальну (нозокоміальну) пневмонію [4, 5].

Мета роботи: проаналізувати отримані інструментальні дані (КТ та рентген ОГК) у поранених під час повномасштабного вторгнення в Україні у 2022 році із пневмонією.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз 43 медичних карток стаціонарних хворих пацієнтів із пневмоніями на фоні різноманітних бойових поранень, у яких не виявлено РНК вірусу SARS-COV 2 (COVID-19) та які лікувались у інфекційному відділенні НВМКЦ «ГВКГ» та ВМКЦ ЦР.

Результати. Перша КТ ОГК у поранених була зроблена у 36 (83,72 %) осіб в першу добу після госпіталізації, у 2 (4,65 %) на 2 добу, у 1 (2,32 %) на 4 день, у 1 (2,32 %) на 13 добу, у 1 (2,32 %) на 15 добу після госпіталізації. Протягом перших трьох днів після поранення – у 4 -х осіб, з 4 по 6 добу – у 20 осіб, з 7 по 9 добу – у 5-х, з 9 по 12 добу – у 4-х осіб, після 12 доби – у 8-х осіб. Перша КТ ОГК була виконана від дня госпіталізації на Me=1 добу ($Q_{25}=1$, $Q_{75}=1$), min=1, max=15, а від дня поранення на Me=6 добу ($Q_{25}=4$, $Q_{75}=11$), min=1, max=21 добу.

На час виконання першої КТ ОГК у поранених середня температура тіла була Me=37,0°C ($Q_{25}=36,7$, $Q_{75}=37,5$), min=36,2, max=39,7°C. Рівень сатурації був Me=96% ($Q_{25}=94$, $Q_{75}=98$), min=88, max=99. З них 35 осіб дихали самостійно, 3 осіб перебували на ШВЛ, одна особа дихала за допомогою трахеостоми/ендотрахеальної трубки. У одного пораненого сатурація була – 88 %, у одного – 92 %, у трьох – 93 %, у чотирьох – 94 %, у інших більше – 95 %, у 13 осіб сатурація не вимірювалась. Середня частота дихання була Me=17 дихальних рухів за хвилину ($Q_{25}=16$, $Q_{75}=18$), min=14, max=27.

Нижньочасткова лівобічна локалізація виявлена у 5 (11,63 %) осіб, верхньочасткова лівобічна у 1 (2,32 %) особи, нижньочасткова правобічна у 5 (11,63 %) осіб, полісегментарна правобічна у 4 (9,3 %) осіб, полісегментарна лівобічна у 4 (9,3 %) осіб, двобічна пневмонія у 15 (34,88 %) осіб. У 9-х осіб даних за пневмонію немає.

Другу КТ ОГК було виконано 6-м пацієнтам з пневмоніями. На час виконання другої КТ ОГК у поранених середня температура тіла була Me=37,8°C ($Q_{25}=37,4$, $Q_{75}=38$), min=36,4, max=38°C. Рівень сатурації був Me=96 % ($Q_{25}=95$, $Q_{75}=96,5$), min=94, max=97. З них усі дихали самостійно. Частота дихання була Me=21 дихальних рухів за хвилину ($Q_{25}=20$, $Q_{75}=22$), min=20, max=22.

Третю КТ ОГК була виконана 3-м пацієнтам з пневмоніями. На час виконання третьої КТ ОГК у поранених середня температура тіла була Me=36,8°C ($Q_{25}=36,2$, $Q_{75}=37$), min=36,2, max=37°C. Рівень сатурації був Me=93 %. Усі дихали самостійно. Частота дихання була Me=22 дихальних рухів за хвилину.

На другій КТ ОГК залишалися зміни в термін виконання від часу поранення – на 12, 14, 18, 19, 24, 28 дні. При проведенні третьої КТ ОГК залишалися зміни в термін виконання від часу поранення – на 29, 34 добу, позитивна динаміка у вигляді розсмоктування пневмонії – на 28 добу.

Перший рентген ОГК був виконаний від дня поранення на Me=9 добу ($Q_{25}=7$, $Q_{75}=11,5$), min=1, max=27, а від дня госпіталізації на Me=4 добу ($Q_{25}=1$, $Q_{75}=6$), min=1, max=18 добу. Перший рентген ОГК був виконаний у 6 (13,95 %) осіб в першу добу після госпіталізації, у 1 (2,32 %) пораненого рентгенографія ОГК проводилась на 2, 10, 13, 18 добу, у 2-х (4,65 %) осіб - на 3, 4, 6 день, у 5-и (11,63 %) поранених на 5 добу, у 4-х (9,3 %) осіб на

7 добу після госпіталізації. Протягом перших трьох днів після поранення – у 2 -х осіб, з 4 по 6 добу – у 3 осіб, з 7 по 9 добу – у 13-х, з 9 по 12 добу – у 6-х осіб, після 12 доби – у 6-х осіб. На час виконання першого рентгену ОГК у поранених з пневмонією середня температура тіла була $Me=36,9^{\circ}C$ ($Q_{25}=36,7$, $Q_{75}=37,5$), $min=36,1$, $max=39^{\circ}C$. Рівень сатурації був $Me=97\%$ ($Q_{25}=93$, $Q_{75}=98$), $min=92$, $max=99$. З них 29 осіб дихали самостійно, 3-є знаходились на ШВЛ та 2 дихали за допомогою трахеостоми. Частота дихання була $Me=18$ дихальних рухів за хвилину ($Q_{25}=17$, $Q_{75}=20$), $min=14$, $max=26$.

Другий рентген ОГК був виконаний у 12 хворих на пневмонію. Від дня поранення другий рентген ОГК був виконаний на $Me=17$ добу ($Q_{25}=11$, $Q_{75}=23$), $min=5$, $max=28$, а від дня госпіталізації на $Me=13,5$ добу ($Q_{25}=5,5$, $Q_{75}=19,5$), $min=2$, $max=28$ добу. На час виконання рентгенограми у поранених середня температура тіла була $Me=37,25^{\circ}C$ ($Q_{25}=36,8$, $Q_{75}=37,5$), $min=36,4$, $max=38,2^{\circ}C$. Рівень сатурації був $Me=98\%$ ($Q_{25}=96$, $Q_{75}=98,5$), $min=94$, $max=99$. З них усі дихали самостійно. Частота дихання була $Me=20$ дихальних рухів за хвилину ($Q_{25}=20$, $Q_{75}=20$), $min=18$, $max=26$.

Третій рентген ОГК був виконаний у 7 хворих на пневмонію. Третій рентген ОГК був виконаний від дня поранення на $Me=26$ добу ($Q_{25}=19$, $Q_{75}=36$), $min=15$, $max=37$, а від дня госпіталізації на $Me=23$ добу ($Q_{25}=16$, $Q_{75}=32$), $min=6$, $max=33$ добу. На час виконання рентгенографії у поранених з пневмонією середня температура тіла була $Me=37,2^{\circ}C$ ($Q_{25}=36,7$, $Q_{75}=37,4$), $min=36,6$, $max=38,8^{\circ}C$. Рівень сатурації був $Me=98\%$ ($Q_{25}=97$, $Q_{75}=98$), $min=96$, $max=100$. З них усі дихали самостійно. Частота дихання була $Me=20$ дихальних рухів за хвилину ($Q_{25}=18$, $Q_{75}=21,5$), $min=18$, $max=22$.

На другій рентгенограмі залишались зміни в термін виконання від часу поранення – на 11,8,11,15,19, 22, 23, 28 добу, позитивна динаміка у вигляді розсмоктування пневмонії – на 5, 9,15, 20, 26 добу. На третій рентгенограмі залишались зміни в термін виконання від часу поранення – на 15, 19, 26, 32 добу, позитивна динаміка у вигляді розсмоктування пневмонії – на 16, 25, 36, 37 добу.

Висновки. Згідно з даними нашого спостереження можна зробити висновок, що у більшості хворих на пневмонію перше КТ ОГК проводилось в 1 добу після госпіталізації у 37 (86,05%). Перша рентгенографія проводилась частіше в 1 добу після госпіталізації у 6 (13,95 %) осіб, та з 7 по 9 добу – у 13-х (30,2%) осіб. Переважала двобічна локалізація пневмонії ($p>0,05$). Позитивна динаміка за даними променевих методів діагностики спостерігалась з третього тижня після поранення на фоні стаціонарного лікування.

Список літератури

1. Вогнепальні поранення м'яких тканин (досвід антитерористичної операції / операції об'єднаних сил) [Текст] : [колект. монографія] / Хоменко І. П. [та ін.] ; за ред. акад. НАМНУ, чл.-кор. НАНУ, Цимбалюка В. І.; Нац. акад. мед. наук України. - Харків : Колегіум, 2020. - 399 с. : рис., табл.
2. Ivey KM. Thoracic injuries in US combat casualties: a 10-year review of Operation Enduring Freedom and Iraqi Freedom. / KM. Ivey, CE. White, TE. Wallum et al. // J Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73 (6). – P. 514–9.
3. Посттравматична патологія внутрішніх органів: захворювання внутрішніх органів при вогнепальних пораненнях Гуйда П.П. 26 квітня 2016 року м. Харків. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/12667/1/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%A6%D0%AC%202016.pdf>
4. Anita R. Modi, Christopher S. Kovacs. Community-acquired pneumonia: Strategies for triage and treatment. Cleveland Clinic Journal of Medicine March 2020, №87 (3), с. 145-151. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.ccjm.org/content/87/3/145>.
5. Козловська А. «Позагоспітальна бактеріальна пневмонія: вибір схеми емпіричної антибактеріальної терапії в разі амбулаторного лікування». Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Київ. 2020р. №7 с.128. [Електронний ресурс] – Режим доступу:

<https://kiai.com.ua/ru/archive/2020/7%28128%29/pages-9-15/pozagospitalna-bakterialna-pnevmoniya-vibir-shemi-empirichnoyi-antibakterialnoyi-terapiyi-v-razi-ambulatornogo-likuvannya>.

СТРУКТУРА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ ПІД ЧАС ОСТАННЬОЇ ХВИЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ У 2021-2022РР.

Дарманська К.А., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Трихліб В.І., д.мед.н., доцент, професор кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, v.tryhleb@gmail.com

Вступ. Коронавіруси можуть викликати різноманітні захворювання як у тварин, так і в людини. Коронавірусна хвороба (COVID-19) є гострою респіраторною інфекцією, спричиненою вірусом тяжкого гострого респіраторного синдрому SARS-CoV-2. Вірус був визначений як причина спалаху пневмоній невідомого походження у Китаї, місті Ухань провінції Хубей, у грудні 2019 р. Клінічна картина відповідає респіраторній інфекції з варіацією тяжкості симптомів від легкого захворювання, подібного до застуди, до тяжкої вірусної пневмонії, що призводить до потенційно смертельного гострого респіраторного дистрес-синдрому та потребує госпіталізації пацієнта у ВРІТ.

При даному захворюванні можливий розвиток різноманітних, в тому числі і небезпечних ускладнень з розвитком навіть летального наслідку.

Було показано, що вік і стать впливають на тяжкість ускладнень COVID-19. Дані Центра по контролю та профілактиці захворювань (США) демонструють, що на початку пандемії даного захворювання, середній вік госпіталізованих хворих був від 47 до 73 років, з достовірним переважанням хворих старше 65 років серед тих, хто перебував в палатах інтенсивної терапії та тих, хто помер. Рівень госпіталізації та смертності становить менше 0,1 % у дітей, але зростає до 10 % і більше у пацієнтів старшого віку [1]. Найбільша частота смертності встановлена у хворих старше 85 років (10-27 %), у віці 65-84 років частота смертності була 3-11 %, у хворих у віці 55-64 роки від 1 до 3 %, у хворих 20-54 роки - менше 1 %, не зафіксовано смертності серед хворих молодше 19 років [2].

Літні пацієнти та пацієнти з хронічними недугами можуть наражатись на більший ризик тяжкого перебігу. За різними даними, приблизно у половини пацієнтів, заражених 2019-nCoV, були хронічні супутні захворювання, переважно серцево-судинні та цереброваскулярні недуги і цукровий діабет, що схоже на MERS-CoV. Супутні захворювання і літній вік підвищують ризик тяжкого перебігу хвороби з несприятливим наслідком. Більшість хворих, які перебували у критичному стані, були старшого віку. Пацієнти, які не повідомляли про супутні захворювання, мали загальну летальність 0,9 %, у той же час летальність серед осіб із супутніми серцево-судинними захворюваннями становила 10,5 %, з цукровим діабетом – 7 %, з хронічними захворюваннями легень, гіпертонічною хворобою – 8 %. Відсоток летальних випадків серед пацієнтів з дихальною недостатністю, септичним шоком або поліорганною дисфункцією дорівнював 49 % [3]. Пацієнти з раком і ті, хто отримують імуносупресивні препарати, а також вагітні мають більш високий ризик розвитку ускладнень при інфікуванні [1].

Встановлено, що при коронавірусній інфекції перебіг захворювання ускладнюється на пневмонію, тромбоемболію легеневої артерії, інфаркт міокарда, перикардит, міокардит та ін. У 20-40 % госпіталізованих хворих спостерігалася серцева недостатність, серцеві аритмії та зупинка серця. У 45 % тих, хто потрапив до лікарень провінції Хубей з COVID-19, мали супутні серцево-судинні захворювання (ІХС, гіпертонія, атеросклероз) і супутні захворювання, що не пов'язані з серцево-судинною системою – цукровий діабет, захворювання легень, ожиріння [4].

Встановлено, що у більшості інфікованих, особливо в молодому віці, захворювання має більш легший перебіг, порівняно з особами старшого віку. У деяких пацієнтів

захворювання швидко прогресує та розвиваються різноманітні ускладнення. Тому раннє виявлення та своєчасне лікування критичних випадків, ускладнень має вирішальне значення.

В останній період пандемії змінився штам вірусу, який циркулює, також була проведена широкомасштабна вакцинація населення, що вплинуло на перебіг хвороби та розвиток ускладнень.

Мета роботи: проаналізувати структуру ускладнень у хворих на коронавірусну хворобу під час останньої хвилі захворювань у 2021 - 2022 рр.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз 150 медичних карток стаціонарних хворих пацієнтів із підтвердженим діагнозом COVID-19, які лікувались у інфекційному відділенні НВМКЦ «ГВКГ». Всі були обстежені за допомогою ПЛР в режимі реального часу на РНК SARS-COV-2 та отримали позитивні результати.

Результати. Серед 150 пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування у НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом коронавірусна хвороба (COVID-19), були виявлені ускладнення у 91 пацієнта, серед яких: пневмонія – у 81 (54,0%) хворого, міокардит – у 1 (0,7%), гостре пошкодження нирок – у 1 (0,7%), енцефалопатія – у 2 (1,3%), дихальна недостатність – у 44 (29,3%), ГРДС – у 11 (7,3%), серцево-судинна недостатність – у 6 (4,0%), поліорганна недостатність – у 5 (3,3%), реактивний гепатит – у 11 (7,3%), ДВЗ-синдром – у 1 (0,7%), сепсис – у 2 (1,3%), синусит – у 4 (2,7%), реактивний панкреатит – у 1 (0,7%), ССЗВ – у 1 (0,7%) хворого.

Середній вік пацієнтів, які мали ускладнення коронавірусної хвороби становив $Me=63$ роки ($Q_{25}=47$, $Q_{75}=72$), $min=18$ $max=93$ років. За результатами дослідження було встановлено, що найчастіше пневмонія та дихальна недостатність розвивались у хворих віком старше 60 років, ГРДС практично з однаковою частотою реєструвався у хворих всіх вікових категоріях старше 41 року, реактивний гепатит частіше виявляли у хворих віком 51-60 років. Такі ускладнення, як: гостре пошкодження нирок, енцефалопатія, поліорганна недостатність, ДВЗ-синдром, сепсис, ССЗВ реєструвались лише у хворих віком старше 60 років.

Серед 52 пацієнтів з легким перебігом коронавірусної хвороби, ускладнення діагностовані у 10 (19,2%) хворих, серед 65 пацієнтів з середньотяжким перебігом – ускладнення виявлені у 49 (75,38%) осіб, серед 33 пацієнтів з тяжким перебігом – у 32 (96,96%) осіб. Встановлено, що пневмонії частіше зустрічались у хворих з середньотяжким та тяжким перебігом, дихальна недостатність частіше реєструвалась у хворих з тяжким перебігом, синусит виявляли практично з однаковою частотою при легкому, середньотяжкому та тяжкому перебігу коронавірусної хвороби. Такі ускладнення, як: міокардит, гостре пошкодження нирок, ГРДС, серцево-судинна недостатність, поліорганна недостатність, ДВЗ-синдром, сепсис, ССЗВ зустрічались тільки при тяжкому перебігу коронавірусного захворювання.

Висновки. У хворих на коронавірусну хворобу частіше розвивались такі ускладнення, як: пневмонія та дихальна недостатність. Проте в осіб похилого віку частіше розвивались тяжкі ускладнення хвороби та спостерігалась вища смертність. Пацієнти групи ризику з тяжким перебігом вимагали особливої уваги. Пацієнтам похилого віку з групи високого ризику слід проводити ретельне спостереження та своєчасне лікування. Потрібні подальші дослідження для аналізу можливих наслідків захворювання та ефективних планів лікування, особливо у літніх людей.

Список літератури

1. Azer S.A. COVID-19: pathophysiology, diagnosis, complications and investigational therapeutics. *New Microbes and New Infections*. № 37. September, 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297520300901?via%3Dihub>

2. Ковальова О.М. Вікові та гендерні особливості клінічного перебігу коронавірусної хвороби COVID-19. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. № 2, 2021. С. 4-9.

3. Трихліб В.І. Ускладнення у хворих на COVID-19. Інфекційні хвороби. № 1(99), 2020. С. 37-46.

4. Москалюк В.Д., Рандюк Ю.О., Сирота Б.В., Баланюк І.В. Ураження серцево-судинної системи у хворих на COVID-19. Огляд. *Medical science of Ukraine*. Vol. 18, № 2. 2022. С. 45-54. URL: https://medlib.bsmu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/01/Medical-Science-of-Ukraine-MSU2_compressed.pdf#page=47

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЩЕПЛЕНИХ ВІД COVID-19 ЗА ПЕРІОД 2021-2022 РОКІВ

Смакула С.М., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Трихліб В.І., д.мед.н., доцент, професор кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, v.tryhleb@gmail.com

Вступ. Відомо, що інфекційні хвороби небезпечні своїми ускладненнями, що можуть призводити до тяжких ускладнень, до інвалідності, а деякі - навіть до смерті. Інфекційні хвороби, від яких (або від тяжких ускладнень яких) можна захиститися за допомогою імунізації, передаються від інфікованої особи до здорової, як правило, повітряно-крапельним шляхом [1].

Імунізація (за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я) - це процес, завдяки якому людина набуває імунітет, або стає несприйнятливою до інфекційної хвороби, і який зазвичай здійснюється шляхом введення вакцини [2].

Вакцини стимулюють власну імунну систему організму до захисту людини від відповідної інфекції або хвороби. Вакцинація має на меті захистити організм від інфекції, запобігти важкому перебігу та появи ускладнень від неї [1].

Зараз вакцинація залишається найефективнішим засобом боротьби з COVID-19 та є найважливішим способом виходу з пандемії. Останні статистичні дані показують, що повністю щеплені люди старше 65 років потрапляють до лікарні приблизно у 13 разів рідше, ніж нещеплені. А частка летальних випадків серед вакцинованих у цій віковій групі приблизно у 15 разів менша, ніж у тих, хто з тієї чи іншої причини не вакцинувався [3].

Повна вакцинація від коронавірусу не лише зменшує ризик захворіти, але також знижує ймовірність того, що хвороба буде перебігати з наявністю ускладнень [4].

Дані щодо ефективності вакцини за допомогою COVISHIELD показали зниження госпіталізації на 80-88%. При дослідженні ефективності первинної вакцинації спостерігали зниження смертності близьким до 100%. Повна вакцинація була пов'язана з нижчою смертністю, ніж у невакцинованих або частково вакцинованих [5].

У літніх людей, які отримали першу дозу вакцини, але не отримали другу, захворювання нирок, захворювання серця та захворювання легень були пов'язані з поствакцинальним зараженням. Значно знижені шанси на поствакцинальну інфекцію були виявлені у молодих людей зі слабкістю після першої та другої дози вакцини, у молодих людей із захворюваннями серця після другої дози вакцини та у молодих людей із цукровим діабетом після першої дози вакцини. У порівнянні з невакцинованими особами після першої або другої дози вакцини було менше шансів мати більше п'яти симптомів протягом першого тижня хвороби або звернення до лікарні, і частіше вони були повністю безсимптомними, особливо якщо їм було 60 років і старше. COVID-19 був менш важким (як з точки зору кількості симптомів на першому тижні інфекції, так і потреби в госпіталізації) в учасників після першої чи другої доз вакцини порівняно з нещепленими учасниками [6].

Мета роботи: встановити особливості клініко-лабораторних проявів перебігу коронавірусної інфекції у щеплених від COVID-19 за період 2021-2022 років.

Матеріали та методи. Проведений аналіз даних 151 медичної картки стаціонарного хворого пацієнтів, які лікувались з приводу коронавірусної хвороби COVID-19 у інфекційному відділенні та у відділенні реанімації і інтенсивної терапії НВМКЦ «ГВКГ»,

отриманих методом випадкової вибірки. Діагноз коронавірусна хвороба (COVID-19) був підтверджений за допомогою ПЛР в режимі реального часу на наявність РНК вірусу SARS-COV-2.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера з використанням програми STATISTICA та Microsoft Excel.

Результати. Найчастіше для вакцинації військовослужбовців ЗСУ використовували вакцину CoronaVac як для першої, так і для другої вакцинації (67% та 80%). Загалом, для військовослужбовців строкової служби найчастіше використовували вакцину CoronaVac (91,0%), для офіцерів ЗСУ – з однаковою частотою CoronaVac та Pfizer (по 25%), для пенсіонерів МОУ – Moderna (10,1%).

Із 151 досліджуваного пацієнта одну дозу вакцини отримала 91 (60,3%) особа, дві дози вакцини отримало 75 (49,7%) осіб, не вакцинованих було 60 (39,7%) хворих.

Беручи до уваги ступінь тяжкості перебігу коронавірусного захворювання у досліджуваних, після щеплення 1 дозою вакцини достовірно більша кількість пацієнтів мала легкий перебіг коронавірусного захворювання – у 51 (56,0%) хворого ($p < 0,05$), після 2 дози вакцини також достовірно у більшості пацієнтів захворювання протікало у легкій формі – у 49 (65,3%) хворих ($p < 0,05$), а в хворих без щеплення від COVID-19 частіше спостерігався середньотяжкий перебіг – у 35 (58,5%) хворих ($p > 0,05$).

Госпіталізація вакцинованих хворих в середньому відбувалась на 3 день захворювання ($Me=3$ день ($Q_{25}=2$ $Q_{75}=7$), при $min=1$, $max=15$), а хворих без щеплення – на 7 день захворювання ($Me=7$ день ($Q_{25}=5$ $Q_{75}=10$), при $min=2$, $max=14$). Більше вакцинованих хворих було госпіталізовано на 2 день - 17 (22,7%) і на 3 день - 15 (20,0%) хворих, а невакцинованих найбільше було госпіталізовано на 5 та 7 день захворювання – по 10 хворих (13,2%).

У вакцинованих пацієнтів відносно частіше були скарги на сухий кашель при всіх ступенях тяжкості перебігу COVID-19, а у невакцинованих пацієнтів з приблизно з однаковою частотою були скарги на сухий та малопродуктивний кашель при середньотяжкому та тяжкому перебігу захворювання ($p > 0,05$). Скарги на ломоту в тілі частіше були у вакцинованих пацієнтів при середньотяжкому перебігу, а у невакцинованих – при тяжкому ($p > 0,05$). Відносно з однаковою частотою задишка при фізичному навантаженні зустрічалась як у вакцинованих, так і у невакцинованих пацієнтів, відчуття стиснення в грудях – при тяжкому перебігу в обох групах пацієнтів, а підвищення АТ – частіше у невакцинованих ($p > 0,05$). При легкому перебігу коронавірусної інфекції у вакцинованих хворих переважали скарги на закладеність носа та сухість слизової оболонки носа, а у невакцинованих хворих скарг на утруднене носове дихання було відносно менше при різних ступенях тяжкості перебігу хвороби ($p > 0,05$). У вакцинованих пацієнтів з приблизно однаковою частотою були скарги на виражений та помірний головний біль, а у невакцинованих хворих переважали скарги на помірний головний біль ($p < 0,05$). Достовірно більшість пацієнтів з обох груп та при всіх ступенях тяжкості перебігу COVID-19 не мали скарг на втрату смаку та нюху ($p < 0,05$).

Встановлено, що нормоцитоз переважав у перші дні захворювання із легкою формою COVID-19 як у вакцинованих, так і у невакцинованих хворих, у решти вакцинованих хворих відносно частіше спостерігалися лейкопенія, лімфоцитоз та тромбоцитопенія, ($p < 0,05$).

Суттєвої різниці в середніх значеннях біохімічних показників аналізу крові при легкому перебігу COVID-19 у вакцинованих та у невакцинованих хворих не було, і в динаміці у вакцинованих ці показники суттєво не змінювалися. У невакцинованих спостерігалось підвищення рівня трансаміназ під час проведення лікування у стаціонарі.

Показники коагулограми у вакцинованих хворих суттєво не відрізнялись від показників коагулограми у невакцинованих хворих при легкому перебігу COVID-19 та знаходились в межах норми.

Встановлено, що у хворих із середньотяжким перебігом нормоцитоз переважав як у більшості вакцинованих, так само як і у більшості невакцинованих хворих протягом усього

періоду захворювання. Також у більшій частині вакцинованих і невакцинованих хворих спостерігались лімфопенія, гранулоцитоз, але у деяких вакцинованих – тромбоцитопенія в перші дні захворювання, у невакцинованих – тромбоцитоз з 4 по 9 дні хвороби ($p < 0,05$).

У хворих із щепленням та без щеплення від COVID-19 спостерігався ріст рівня лейкоцитів та тромбоцитів пропорційно до днів захворювання при середньотяжкому перебігу. Решта показників в середньому коливались в межах норми протягом усього періоду захворювання. У невакцинованих хворих спостерігалось зниження рівня гранулоцитів з часом.

У вакцинованих пацієнтів спостерігалось підвищення рівня трансаміназ та рівня сечовини найчастіше з 7 по 9 день захворювання, що може бути пов'язане з розвитком реактивного (токсичного) гепатиту на фоні лікування, решта показників коливались у межах норми. У невакцинованих хворих середній рівень АЛАТ був найвищим з 7 по 9 дні захворювання, а рівень АсАт – з 4 по 6 дні захворювання, решта показників коливались у межах норми. Рівень СРБ в середньому найвищим був у перші 3 дні захворювання в обох групах пацієнтів.

Середні значення показників коагулограми у вакцинованих хворих суттєво не відрізнялись від показників коагулограми у невакцинованих хворих при середньотяжкому перебігу COVID-19 та знаходились в межах норми.

У вакцинованих хворих із тяжким перебігом з більшою частотою спостерігався нормальний рівень лейкоцитів протягом усього періоду захворювання, а у невакцинованих – лейкоцитоз. Зниження рівня лімфоцитів спостерігалось в обох групах пацієнтів. Рівень гранулоцитів здебільшого був у нормі в перші дні захворювання у вакцинованих пацієнтів, і підвищувався з 4-го дня захворювання, а у невакцинованих гранулоцитоз переважав протягом усього періоду хвороби. Тромбоцитопенія у вакцинованих хворих спостерігалась в перші 3 дні тяжкого перебігу коронавірусу, далі – відбувалась їх нормалізація, а у невакцинованих – тромбоцитопенія протягом усього періоду захворювання ($p < 0,05$).

Середні показники загального аналізу крові переважно коливались в межах норми у вакцинованих та у невакцинованих пацієнтів протягом усього перебігу тяжкої форми коронавірусного захворювання, але число лейкоцитів у вакцинованих пацієнтів було найвищим після 9-го дня захворювання, а у невакцинованих – з 7 по 9 дні.

Середнє значення АЛАТ у вакцинованих пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19 підвищувалось з 7-го дня захворювання та залишалось високим і після 9-го дня, середнє значення АсАТ у цих же хворих було високим з 1 по 6 дні захворювання, решта показників суттєво не коливалась. У невакцинованих хворих середнє значення АЛАТ підвищувалося з 4 дня захворювання і далі, а рівень АсАТ був підвищеним з 1 по 6 дні захворювання, а далі нормалізувався, решта показників була в межах норми. Підвищений рівень СРБ зберігався в обох групах пацієнтів з тяжким перебігом коронавірусу з 1 по 9 день захворювання, а середнє значення рівня глюкози в крові вище норми спостерігалось протягом усього періоду захворювання.

Середні значення показників коагулограми у вакцинованих хворих суттєво не відрізнялось від показників коагулограми у невакцинованих хворих при тяжкому перебігу COVID-19 та знаходились в межах норми.

Порівняння рентгенологічних даних коронавірусного захворювання. За даними променевої діагностики встановлено, що у більшості вакцинованих хворих не було описано жодних ознак пневмонії (52 хворих (69,3%)), і рідше було описано двостороннє ураження легень (13 хворих (17,3%)), зміни на знімках частіше описувались як інфільтративні зміни або посилення легеневого малюнку. У невакцинованих хворих відносно частіше були описані ознаки двостороннього ураження легень (31 хворих (51,7%)), і найчастіше описувались інфільтративні/інтерстиціальні зміни, і з дещо меншою частотою були ознаки вірусної пневмонії, але через маленьку вибірку та відсутність опису у всіх пацієнтів, ми не можемо вважати ці дані достовірними ($p > 0,05$).

Структура ускладнень у вакцинованих та невакцинованих пацієнтів. Встановлено, що найчастіше ускладнення розвивалися у невакцинованих хворих (у 52 хворих (86,7%)), а у пацієнтів, які отримали одну чи дві дози вакцини захворювання переважно протікало без ускладнень (у 52 осіб (57,1%) та у 50 осіб (66,7%) відповідно), ($p < 0,05$). В структурі ускладнень переважали пневмонія, дихальна недостатність та реактивний гепатит. У щеплених однією дозою пневмонія розвинулась – у 20 (51,3%) хворих, дихальна недостатність – у 17 (43,6%), реактивний гепатит – у 2 (5,1%) хворих, у щеплених двома дозами пневмонія розвинулась – у 13 (52,0%) хворих, дихальна недостатність – у 11 (44,0%), реактивний гепатит – у 1 (4,0%) хворого, ($p < 0,05$).

Висновки

Найчастіше для вакцинації військовослужбовців ЗСУ використовували вакцину CoronaVac як для першої, так і для другої вакцинації (67% та 80%).

Вакцинація від COVID-19 є досить ефективною, і є найважливішим способом виходу з пандемії. Захворювання на коронавірус протікало в легкій формі у щеплених пацієнтів, лабораторні показники аналізу крові мало змінювались у період хвороби та швидше відновлювались до норми, ніж у хворих без щеплення. У вакцинованих пацієнтів ускладнення у вигляді пневмонії, дихальної недостатності та реактивного гепатиту розвивались рідше.

Список літератури

1. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/zagalna-informaciya>
2. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya>
3. Супервакцина" проти коронавірусу. Що про неї відомо" Микола Воронін. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-59993759>
4. https://kyivcity.gov.ua/likarni_ta_medytsyna/vaktsinatsiya_proti_COVID-19/chim_rizikuyut_nevaktsinovani_ukrantsi/
5. «Vaccination status and COVID-19 related mortality: A hospital based cross sectional study» J.Muthukrishnan, VasuVardhan, SridharMangalesh, MrinaliniKoley, Subramanian Shankar, Arun KumarYadav, AnuragKhera. URL: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377123721001921>
6. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. M.Antonelli, R.S Penfold, J. Merino, C.H. Sudre, E. Molteni, S.Berry et al. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00460-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00460-6/fulltext#%20)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Баннікова Римма Олексіївна – к.мед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету фізичного виховання і спорту України
Рушак Дарина Олегівна – здобувач вищої освіти другого (магістерського) рівня Національного університету фізичного виховання і спорту України

Вступ. Мінно-вибухові ураження нижніх кінцівок представляють підвищений інтерес не тільки для лікарів, але й для фізичних терапевтів через наявність особливостей патогенезу, діагностики, лікування та реабілітації у таких постраждалих. Нині проблема лікування та реабілітації постраждалих внаслідок мінно-вибухової травми нижніх кінцівок набуває особливої актуальності внаслідок агресії розв'язаної росією.

Проведений аналіз вказує на те, що існує багато факторів та особливостей, які повинні бути враховані в процесі відновного лікування. Саме тому обраний у роботі алгоритм застосування заходів фізичної терапії у військовослужбовців з ампутацією відображає

тактику оцінки стану пацієнта та план дій з метою забезпечення ефективності реабілітаційних заходів та попередження ускладнень [1-5].

Фантомні болі - післяопераційне ускладнення, що проявляється відчуттям болю в ампутованій кінцівці, можуть сполучатися із хворобливістю самої кукси.

В даний час актуальність вивчення проблеми фантомно-больового синдрому обумовлена зростанням кількості постраждалих з ампутаціями нижніх кінцівок внаслідок бойових дій [3, 5].

Мета роботи полягає в визначенні ефективності програми фізичної терапії військовослужбовців після ампутації нижніх кінцівок внаслідок МВТ.

Матеріали та методи дослідження. Клініко-інструментальні методи дослідження представлені відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Математична обробка цифрових даних кваліфікаційної роботи проводилась методами варіаційної статистики з вирахуванням: середнього арифметичного; середньоквадратичного відхилення; критерію Стьюдента.

Для виконання дослідження було відібрано 14 пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки. Було відібрано пацієнтів у яких були відсутні наступні супутні патології: травми ока; акубаротравма; ускладнення в процесі заживлення післяопераційної рани; остеомієліти.

Програма фізичної реабілітації включала:

1) ранній післяопераційний період – проводили корекцію кукси положенням (кінезіотерапія: терапевтичні вправи загальнорозвиваючі, спеціальні, ізометричні; дзеркальна терапія).

2) пізній післяопераційний період – в разі загоєння післяопераційної рани та формування рубця, проводили: менеджмент рубця; фізична терапія із застосуванням вправ відкритого та закритого ланцюга та вправ зі збільшенням опору для покращення ходи, рухової функції, сили, балансу; дзеркальна терапія; менеджмент больового синдрому.

З метою оцінки динаміки досліджуваних показників проводили обстеження пацієнтів обох груп на 2, 7, 12 та 21 добу після початку застосування запропонованого методу фізичної терапії.

Для обстежених пацієнтів було розроблено алгоритм застосування заходів фізичної терапії, який ґрунтується на останніх протоколах і рекомендаціях, з урахуванням принципів МКФ (рис. 1) [4].

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні процедури дзеркальної терапії пацієнт сидить перед фізичним терапевтом. Дзеркало розташоване паралельно центру його тіла, що дає безпосередній вигляд ампутованої кінцівки. Дивлячись у дзеркало, пацієнт бачить себе з двома неушкодженими кінцівками. Цю оптичну ілюзію можна використовувати терапевтично для полегшення і зменшення фантомного болю.

Існує гіпотеза, що дзеркальна терапія може стимулювати відновлення рухової функції за рахунок безпосередньої модуляції збудливості сомато-сенсорної і моторної кори. Даний підхід допомагає встановити зоровий зв'язок з контролем м'язів і посилити сенсорно-моторний зв'язок між м'язами і центральною нервовою системою.

Крім того, вважається, що подібна терапія підбадьорює і сприяє мотивації пацієнта, так як завдяки дзеркальній ілюзії він бачить рух втраченої кінцівки.

Ймовірний механізм: це стимуляція моторної уяви за допомогою візуального зворотного зв'язку, тобто при дзеркальній терапії до уяви додається візуальний позитивний зворотній зв'язок. Цей механізм впливу обумовлено тим, що при уяві руху відбувається активізація тих же ділянок мозку, що і при виконанні руху, але трохи в меншому ступені.

Можна припустити, що візуальний зворотній зв'язок при терапії стимулює ці нейрони, даючи можливість спостерігати «активний» рух ураженої кінцівки.

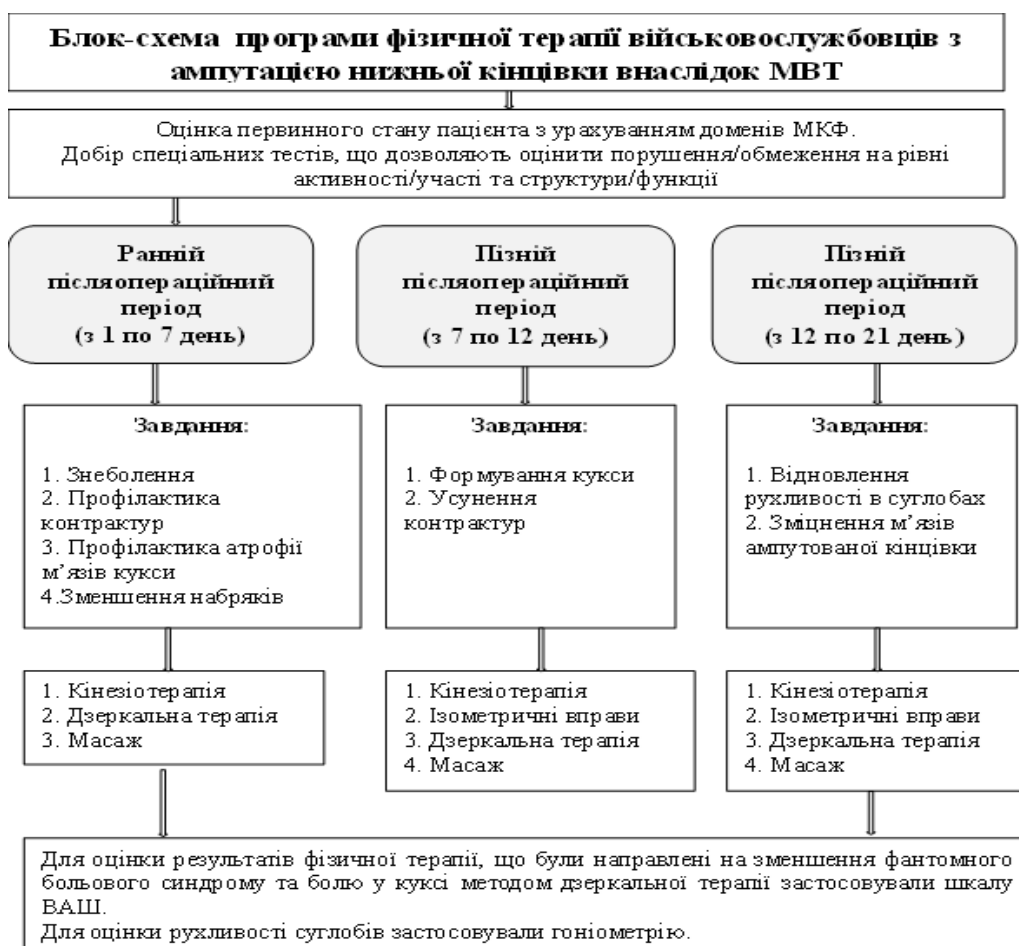


Рисунок 1. Блок-схема програми фізичної терапії військовослужбовців з ампутацією нижньої кінцівки внаслідок МВТ

Особливості проведення дзеркальної терапії:

1. Для покращення моторної функції: виконуються прості (базові) і функціональні рухи. Терапія суворо індивідуалізована, методика залежить від сили «дзеркальної ілюзії» і тяжкості порушення рухової функції;
2. З метою корекції неглекта (одностороннього просторового ігнорування): проводиться білатеральна сенсорна стимуляція та спостереження за різними положеннями руки в дзеркалі;
3. Для зниження гіпертонусу: виконуються унілатеральні рухи здоровою кінцівкою;
4. Для відновлення чутливості: проводиться білатеральна сенсорна стимуляція, тобто виконуються білатеральні синхронні рухи;
5. Для зниження більшого синдрому: виконуються унілатеральні моторні і сенсорні вправи здоровою кінцівкою.

Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією повинен відображати тактику оцінки стану пацієнта та план дій у разі виявлення проблеми з метою забезпечення ефективності реабілітаційних заходів та попередження ускладнень, враховувати потреби та цілі пацієнта, бути спрямованим на максимальне відновлення функціональної незалежності.

В післяопераційному періоді через тимчасово вимушений постільний режим виникає небезпека розвитку контрактур, тобто обмежень рухів в суглобах, зменшення м'язової сили практично всіх великих та середніх м'язових груп кінцівок. Тому рекомендовано розпочинати фізичну терапію ще в період стаціонарного лікування з метою профілактики розвитку ускладнень та якомога скорішого відновлення функцій різних органів та тканин. Пізніше ці заходи стануть основою для програми фізичної реабілітації пацієнта при

підготовці до протезування. Таким чином, ранній початок фізичної терапії пацієнта допоможе скоротити терміни первинного протезування.

Перед початком дослідження було оцінено інтенсивність фантомного больового синдрому та болю у куксі застосовуючи шкалу ВАШ. За допомогою цього розраховано вклад основних видів ускладнень на початковому етапі дослідження (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних на групи в залежності від ускладнень (%)

Досліджувані групи	Фантомний біль	Біль у куксі	Інші види основних ускладнень*
1 Контрольна група	52,5	41,2	11,2
2 Досліджувана група	51,1	43,6	10,8

Примітка: * – контрактури, остеофіти.

З метою оцінки динаміки досліджуваних показників проводили обстеження пацієнтів обох груп на 2, 7, 12 та 21 добу після початку застосування запропонованого методу фізичної терапії.

На початковому (2 доба) застосування дзеркальної терапії етапі інтенсивність фантомного больового синдрому у 2 групі становила 8 балів у 28 % пацієнтів, мінімальна – 3 бали у 35% пацієнтів, а біль у куксі становив 8 балів – 14,3%, мінімальний 3 бали – 32% (табл. 2).

Таблиця 2

Інтенсивність відчуття болю за шкалою ВАШ на початковому етапі дзеркальної терапії, %

Інтенсивність больових відчуттів (за шкалою ВАШ)	1 група		2 група	
	фантомний біль	біль у куксі	фантомний біль	біль у куксі
від 1 до 3	35,7±5,2	32,2±4,9	35±5,1	32±4,9
від 4 до 6	25,2±3,8	54±8,2	37±5,0	53,7±8,2
від 7 до 9	29,1±4,1	13,8±2,9	28±4,0	14,3±3,1

Різниця показників відчуття фантомного болю і болю у куксі по завершенню запропонованої програми фізичної терапії показали достовірні відмінності між основною і контрольною групами (табл. 3).

Результати отримані нами в ході застосування запропонованих вправ під час застосування дзеркальної терапії показали позитивну динаміку в зниженні відчуття болю (як фантомного так і болю у куксі). Фізична терапія проведена впродовж 21 дня дозволила знизити відчуття фантомного болю в 5,5 разів ($p < 0,05$), а відчуття болю в куксі в 1,8 разів ($p < 0,05$).

Інтенсивність відчуття болю за шкалою ВАШ на 21 добу дзеркальної терапії, %

Інтенсивність більових відчуттів (за шкалою ВАШ)	1 група		2 група	
	фантомний біль	біль у куксі	фантомний біль	біль у куксі
від 1 до 3	29,6±3,9	37±5,7	85,4±10,1	49,5±7,3
від 4 до 6	47,1±6,5	47,1±6,5	9,5±0,9	42,5±5,9
від 7 до 9	23,3±3,2	10,1±0,9	5,1±0,6	8±0,7

Для оцінки амплітуди в тазостегновому і колінному суглобах нами була проведена первинна оцінка за допомогою гоніометрії. Повторна оцінка амплітуди руху тазостегнового та колінного суглобів показала значне покращення флексії і екстензії в тазостегновому суглобі після проведення 21 дня дзеркальної терапії порівняно з виявленим в ході початкового оцінювання ($p < 0,05$). Зовнішня і внутрішня ротації показали позитивну динаміку порівняно з початковою оцінкою ($p < 0,05$). Абдукція в тазостегновому суглобі після проведення дзеркальної терапії не мала достовірної різниці порівняно з результатами оцінювання на початковому етапі ($p > 0,05$), в той час як аддукція показала достовірну позитивну динаміку ($p < 0,05$).

При повторній оцінці порівняння між контрольною і основною групами показало, що за допомогою дзеркальної терапії вдалося досягти кращого рівня рухливості тазостегнового і колінного суглобів порівняно з контрольною групою, в якій не застосовувалась дзеркальна терапія. Але в показниках абдукції і аддукції достовірної різниці не простежувалось.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження із застосуванням методу дзеркальної терапії у осіб з ампутацією нижньої кінцівки внаслідок МВТ показують, що даний метод фізичної терапії може бути ефективним способом зниження рівня фантомного болю, болю в куксі. Також, під час застосування дзеркальної терапії спостерігається збільшення амплітуди рухливості суглобів.

Список літератури.

1. Ministry of Defence of USA. Amputation statistics 1 April 2013-31 March 2018. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/728224/20180612_Amputation_Statistic_O_v2.pdf. Accessed: July 26, 2018.
2. Ministry of Defence of Ukraine. Available from: <http://www.mil.gov.ua/news/2016/07/07/na-sogodni-vzhe-protezovalo-92-vidsotki-zahisnikiv-batki-vshhini-z-nih-90-vidsotkiv-na-proteznih-pidpriemstvah-ukraini--/>. Accessed: July 7, 2016.
3. Медична реабілітація військовослужбовців з ушкодженням опорно-рухового апарату та їхніми наслідками: Методичні рекомендації / за редакцією В.Б. Андронатія, В.І. Рудя. – Київ: УВМА. – 2014. – 26 с.
4. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ: краткая версия. – [Електронний ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf?ua=1. – Назва з екрану.
5. Hoyt B. W., Pavey G. J., Pasquina P. F., Potter B. K. Rehabilitation of Lower Extremity Trauma: a Review of Principles and Military Perspective on Future Directions. Curr. Trauma Rep. 2015. Vol. 1. P. 50-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40719-014-0004-5>

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ І ДЕФЕКТІВ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Зубленко Катерина Юріївна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, молодший лейтенант медичної служби

Тхоревський Олексій Валентинович, доцент кафедри анестезіології та реанімації УВМА, працівник ЗСУ, E-mail: biber@ukr.net

Вступ. Одним з найбільш складних питань теорії медичного права є правова кваліфікація дефектів надання медичної допомоги. На компетентні органи влади та інші інституції покладається здійснення оцінки якості медичної допомоги і встановлення, за необхідності, виду дефекту надання такої допомоги. Інститут «дефекту надання медичної допомоги» тісно пов'язаний з інститутом «юридичної відповідальності у сфері охорони здоров'я», адже за результатами визначення наслідків надання медичної допомоги може постати питання про притягнення до відповідальності в разі виникнення ускладнення або дефекту при наданні медичної допомоги. Випадки з медичної практики, які мають несприятливий результат, піддаються оцінці на предмет встановлення виду дефекту, кожен з яких породжує різні юридичні наслідки. Нормативні прогалини, колізії правозастосування у судовій практиці яскраво свідчать про складність проблематики та необхідність комплексного підходу до її вирішення.

Метою дослідження є вивчення поняття ускладнень та дефектів при наданні медичної допомоги.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні **завдання**:

1. Ознайомитися із поняттям дефекту при наданні медичної допомоги та їх класифікацію;
2. Провести аналіз кількості випадків ускладнень та дефектів при наданні медичної допомоги на основі результатів проведених судово-медичних експертиз;
3. Вивчити результати соціологічного опитування пацієнтів та лікарів на відношення до медичної помилки;
4. Ознайомитися із випадками виникнення ускладнень та дефектів і їх профілактика на основі медичної документації.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами було проведене дослідження на базі Національного військового медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», який знаходиться у місті Києві.

На першому етапі досліджень було проведений аналіз заключень судово-медичних експертиз історій хвороб військовослужбовців, серед яких нараховували 32 експертизи, які стосуються теми дослідження. Усі наявні експертизи були розділені на групи згідно спеціальностей лікарів, які проводили лікування або інші види допомоги.

Також було здійснено соціологічне опитування 150 пацієнтів та 50 лікарів різних напрямків роботи з приводу думки та ставлення до медичних дефектів, зокрема лікарської помилки. На основі результатів опитування було встановлено основні причини даного явища.

Медичні дефекти досліджувалися також на основі ретроспективного аналізу архівного матеріалу (історії хвороб та журнали). Особливу увагу приділяли 32 випадкам лікарської помилки, які були зафіксовані при проведенні судово-медичної експертизи.

Методи дослідження: соціологічні, клінічні, метод динамічного спостереження, аналіз судово-експертних висновків, статистичні методи обробки інформації.

Результати досліджень. Встановлено, що протягом 2018-2022 рр. в Київському обласному бюро судово-медичної експертизи було виконано 359 комісійних експертиз, з яких за «лікарськими справами» – 32, що склало 8,9 % від загалу.

Майже у всіх випадках (26 або (82,3 %) судово-медичними експертними комісіями були виявлені різноманітні недоліки у наданні медичної допомоги, не знайдено дефектів в 4 випадках (15,4 %). В інших випадках (6,3 %) визначити, чи мали місце такі недоліки, виявилось неможливим через узагальненість та неконкретність експертних висновків, що було зумовлено специфікою питань слідчих.

Щодо результатів проведеного соціологічного опитування пацієнтів та лікарів, було встановлено, що лише 2 % опитаних лікарів жодного разу не стикалися із лікарськими помилками а пацієнтів 40 %. Часто лікарський випадок виникав у 5 % лікарів і 3,3 % у пацієнтів. Також, щодо питання про право лікаря на помилку мало наступні відповіді: Всього лише третина опитаних як серед пацієнтів (30,0 %), так і серед лікарів (26,0%) вказали, що лікар за жодних обставин не має права на помилку. Більшість респондентів допускають в особливих (екстремальних) умовах (33,3% пацієнтів та 30,0 % лікарів) і при «складних» захворюваннях (46,0 % пацієнтів та 50,0 % лікарів) право лікаря на помилку.

Непередбачуваною була думка про право лікаря на помилку, особливо в групі пацієнтів. Всього лише третина опитаних як серед пацієнтів (30,0 %), так і серед лікарів (26,0%) вказали, що лікар за жодних обставин не має права на помилку. Більшість респондентів допускають в особливих (екстремальних) умовах (33,3% пацієнтів та 30,0 % лікарів) і при «складних» захворюваннях (46 т% пацієнтів та 50,0 % лікарів) право лікаря на помилку.

При дослідженні виникнення дефектів при наданні медичної допомоги військовослужбовцям було встановлено, що найбільша частка дефектів відбувалася при пізній госпіталізації пацієнтів до медичного закладу і становить 43,8 %. Також у 21,8 % випадків фіксувалася медична помилка через пізнє звернення. Також велика частка випадків здійснювалася через дефект лікування – 15,6 %.

Висновки. Історичний аналіз проблеми контролю якості надання медичної допомоги показав її неминучу актуальність практично з моменту виділення медицини в окрему галузь знань. Проте, незважаючи на кількість кримінальних і цивільних справ, що зростає в останні роки, за фактами професійних правопорушень медичних працівників, відсутні єдині формулювання основних специфічних термінів («лікарська помилка», «ятрогенія», «дефект медичної допомоги», «неправильне лікування» та ін.), без яких неможливо дати об'єктивну медичну та юридичну оцінку діям медичного персоналу, що спричинив претензії пацієнтів.

Згідно даних судово-медичних експертиз було встановлено, що організаційні помилки здійснювалися у проведенні лікувально-діагностичних заходів. Окремо слід відзначити значну кількість недоліків у веденні медичної документації, які зазвичай супроводжували всі інші види упущень у професійній діяльності медичного персоналу. Кожна третя «лікарська справа» виявила різноманітні за обсягом та глибиною порушення галузевих стандартів чи посадових інструкцій.

Щодо соціологічного опитування ставлення до медичної помилки, то лікарі висловлюють більш жорстке ставлення до лікарських помилок і відповідальності за них. На нашу думку, це свідчить про високу професійну відповідальність сучасних вітчизняних лікарів. Таке ставлення пацієнтів до лікарів та об'єктивне визнання професійних помилок лікарями свідчать про взаєморозуміння, конструктивний та довірчий контакт між лікарем та пацієнтом. І які б нові статті Кримінального кодексу щодо медичних працівників не з'являлися, непорушний незримий зв'язок між лікарем і пацієнтом, заснований на бажанні однієї сторони зберегти здоров'я і наміри іншої сторони всіма силами цьому сприяти.

Щодо профілактичних методів дефектів медичної допомоги потрібно поліпшити якість надання медичної допомоги щоб не допустити виникнення медичних помилок можна шляхом розробки комплексу профілактичних заходів на базі глибокого аналізу існуючих правових норм та впровадження лікувально-діагностичних методів, що запобігають виникненню професійних помилок, несприятливих наслідків лікування та конфліктних ситуацій.

ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ КРЕАТИНФОСФОКІНАЗИ ТА РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ПРИ РАБДОМІОЛІЗІ У ПАЦІЄНТІВ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ

Макарчук Володимир Анатолійович, слухач факультету підготовки військових лікарів
УВМА, лейтенант медичної служби, mark.junk3r@gmail.com

Шевчук Олександр Володимирович, начальник відділення інтенсивної терапії та екстракорпоральних методів детоксикації НВМКЦ "ГВКГ", полковник медичної служби

Вступ: Рабдоміоліз – це клініко-лабораторний синдром, що виникає внаслідок руйнування скелетних поперечно-посмугованих м'язів з викидом вмісту міоцитів в плазму з розвитком гострого пошкодження нирок (ГПН). Виникнення рабдоміолізу у пацієнтів з бойовою травмою може досягати 80-86%. На теперішній час дана проблема набуває особливого значення в умовах прямого збройного протистояння з військами російської федерації, коли одна з основних причин рабдоміолізу – бойова травма, – стала вкрай поширеним явищем.

Мета роботи: Дослідити наявність зв'язку між рівнем креатинфосфокінази (КФК) та розвитком гострого пошкодження нирок (ГПН) при рабдоміолізі у поранених з бойовою травмою.

Матеріали та методи роботи: Дане дослідження проводилось на базі ВМКЦ Північного регіону та НВМКЦ «ГВКГ». Проведено проспективне дослідження та аналіз 57 історій хвороб пацієнтів з бойовою травмою та ознаками рабдоміолізу.

Критеріями включення в дослідження були:

- Наявність бойової травми з масивним пошкодженням м'язової тканини внаслідок травматичного, ішемічного, компресійного ураження.
- Підвищення рівня креатинфосфокінази в 5 разів вище верхньої межі норми у першу добу після поранення.
- Термін перебування у ВРІТ не менше 5 діб.

Вік пацієнтів склав від 18 до 52 років. Середній вік – $34,53 \pm 8,92$ роки.

Маса в середньому становила $74,7 \pm 5,08$ кг, зріст – $178,7 \pm 7,5$ см.

Середнє значення індексу маси тіла (ІМТ) складало $23,39 \pm 2,94$ кг/м².

Для досягнення мети та виконання поставлених задач пацієнтів було розподілено на три групи за рівнем КФК:

- Перша група (n=23) – пацієнти, в яких рівень КФК знаходився на рівні від 1649 Од/л до 5000 Од/л у першу добу після отриманих травм. Середній рівень – 3898 ± 976 Од/л.

- Друга група (n=18) – поранені з рівнем КФК від 5000 Од/л до 10000 Од/л. Середній рівень – 8034 ± 1728 Од/л.

- Третя група (n=16) – військовослужбовці з КФК від 10000 Од/л до 175040 Од/л. Середній рівень – 36437 ± 6784 Од/л.

На основі аналізу в динаміці показників КФК, сечовини, креатиніну та підрахунку кількості хворих, які потребували проведення замісної ниркової терапії, оцінено взаємозв'язок між рівнем КФК та ризиком розвитку ГПН.

Результати власних досліджень: Діагностика та визначення ступеня гострого пошкодження нирок проводилися на основі лабораторних показників та темпу діурезу за критеріями KDIGO. Було встановлено, що:

Серед пацієнтів першої групи:

- у чотирьох пацієнтів (17,4 %) розвинулось ГПН I ст.
- у одного пораненого (4,3 %) розвинулось ГПН II ст.
- у одного пораненого (4,3%) розвинулось ГПН III ст.

Серед пацієнтів другої групи:

- у п'яти пацієнтів (27,7%) діагностовано ГПН I ст.
- у трьох пацієнтів (16,6%) розвинулося ГПН II ст.

- у одного пацієнта (5,6%) діагностовано ГПН III ст.
- Серед пацієнтів третьої групи:
- в чотирьох пацієнтів (25 %) діагностовано ГПН I ст.
 - у п'яти осіб (31,3 %) діагностовано ГПН II ст.
 - у чотирьох пацієнтів (25%) діагностовано ГПН III ст.

На основі отриманих даних проведено кореляційний аналіз зв'язку між рівнем КФК в першу добу після травми і ризиком розвитку ГПН та встановлено, що між ними наявний сильний лінійний позитивний зв'язок $r > 0,7$; $p < 0,05$.

Проведення замісної ниркової терапії потребували: двоє пацієнтів (9 %) з I групи, чотири пацієнти (22 %) з II групи та 9 пацієнтів (56 %) з III групи. Між рівнем КФК та потребою в проведенні замісної ниркової терапії існує помірний лінійний позитивний зв'язок, $r > 0,5$; $p < 0,05$.

Висновки:

1. За результатами дослідження встановлено, що існує пряма залежність між приростом рівня КФК та ризиком розвитку ГПН починаючи з першого дня травми, $p < 0,05$.
2. Зважаючи на отримані результати можна зробити висновок, що креатинфосфокіназу можна використовувати як прогностичний маркер розвитку гострого пошкодження нирок при рабдоміолізі у пацієнтів з бойовою травмою.
3. ГПН у пацієнтів з бойовою травмою виникає при нижчих значеннях КФК, ніж у хворих з ізольованим рабдоміолізом, що пояснюється мультифакторністю ураження при бойовій травмі, наявністю гострої крововтрати, геморагічного шоку, масивної гемотрансфузії на етапах медичної евакуації, розвитком сепсису.

АНАЛІЗ ТАКТИКИ ТА ПОМИЛОК В ПРОВЕДЕННІ DCR В ЗСУ: ВІД БОЙОВОГО МЕДИКА ДО АНЕСТЕЗІОЛОГА

Мошківський Володимир Миколайович, старший викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, підполковник медичної служби. E-mail: vovamvm@gmail.com.

Хитрий Григорій Павлович, доктор медичних наук, професор, начальник кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, полковник медичної служби. E-mail: grightit@i.ua

Рабошук Олександр Володимирович, викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, майор медичної служби. E-mail: raboschuk7@gmail.com

Вступ: Гостра крововтрата є незмінно основною причиною смерті військовослужбовців як на полі бою, так і в лікарняних закладах. Класичні підходи для інфузійної терапії критичних поранених не тільки мало ефективні, а й можуть призвести до ятрогенних ускладнень (коагулопатія розведення, ацидоз, гіпотермія, РДС та ін.) та підвищити рівень летальності. Якщо не використовувати повною мірою всі сучасні підходи до лікування ми не зможемо забезпечити максимально якісний рівень медичної допомоги. Тому ми провели опитування військових лікарів та проаналізували клінічні випадки для демонстрації існуючих проблем при лікуванні тяжкого геморагічного шоку.

Мета роботи: дослідити обізнаність військових лікарів базовим принципам Damage Control Resuscitation (DCR) та проаналізувати основні помилки під час лікування поранених.

Матеріали і методи: Нами було проаналізовано 150 клінічних випадків лікування поранених військовослужбовців на базі одного з мобільних госпіталів та проведено анонімне анкетування лікарів, які безпосередньо надають допомогу пораненим. Анкетування пройшли 90 осіб, з них 41 анестезіолог. В цілому поранені військовослужбовці отримують медичну допомогу на високому рівні, але існують тенденції, котрі можуть негативно вплинути на результати лікування. В роботі тезисно висвітлена інформація тільки ускладнень, пов'язаних з тактикою лікування згідно з концепцією DCR. На основі отриманих даних ми виявили наступні недоліки.

Результати: Недостатня теоретична підготовка лікарів «першого контакту» (військової ланки). Тільки 53% опитаних знають основні принципи стратегії DCR.

Формальне виконання в/в доступу на догоспітальному рівні. Катетер розміщений підшкірно. Практично відсутні альтернативні шляхи налагодження судинного доступу, недостатня кількість внутрішньокісткових пристроїв. При постановці центральних венозних катетерів присутні два недоліки. Занадто глибоке введення та фіксація катетера (15-20 см). Встановлення підключичного катетера із «здорової сторони», що потенційно може спровокувати ятрогенний пневмо/гідроторакс. Надмірна та безконтрольна інфузійна терапія на догоспітальному рівні. Згідно опитування 50% лікарів первинної ланки не знають про негативний вплив великих об'ємів сольових розчинів та колоїдів на перебіг геморагічного шоку. Не обґрунтоване призначення великих об'ємів в/в інфузії та вазопресорної підтримки з метою стабілізації АТ на рівні «здорової людини». 35% лікарів військової ланки не чули про принцип допустимої (пермісивної) гіпотонії у пацієнтів з масивною крововтратою. Серед лікарів госпітальної ланки цей показник на рівні 19%. Для забезпечення вазопресорної підтримки 3% лікарів з госпіталів обирають препаратом вибору Дофамін, що є фізіологічно не обґрунтованим. Серед військової ланки цей показник становить 32%. Також 35% лікарів відзначили, що не будуть застосовувати сильнодіючі та вазопресорні препарати через відсутність досвіду та внаслідок страху ускладнень.

Ментальна неготовність використовувати препарати крові, в тому числі цільну кров, в позагоспітальних умовах. Не зважаючи, що в цілому ряді клінічних ситуацій це кращий варіант інфузійної терапії та рекомендується багатьма дослідженнями. Згідно анкетування 6% опитаних лікарів категорично проти використання крові на догоспітальному рівні, 35% проти, 41% скоріше за, і тільки 18% респондентів однозначно підтримали дану методику. Недотримання оптимального співвідношення складу трансфузійної терапії 1:1 (еритроцити : СЗП). Проблема виникає через різний об'єм пакетів з СЗП та еритроцитами. Лікарі роблять розрахунок пакетами, а було б правильно у мілілітрах. Відсутність тромбоцитарної маси в госпіталах переднього краю. Нажаль дану проблему не вирішили навіть у лікувальних закладах США. Заготівля, зберігання та обмежений термін придатності тромбоцитів практично нівелює їхні корисні властивості.

Гіпотермія складова «тріади смерті» і особливо актуальна в холодну пору року, але все ще не до оцінена як чіткий предиктор несприятливого наслідку лікування. Корекція гіпотермії проводиться емпірично, але рутинно не вимірюється та не фіксують температуру тіла.

Висновки: Більшість розглянутих помилок по одинці не призведуть до погіршення стану пораненого, але в сумі можуть стати безпосередньою причиною смерті. Тому необхідно більш широко інформувати лікарів про новітні концепції Damage Control Resuscitation та обговорювати складні випадки у форматі AAR (after-action review) та ММК (Morbidty and Mortality Conference).

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КЕТАМІНУ З МЕТОЮ ЗНЕБОЛЕННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ РІВНІ

Сікора Ірина Миколаївна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, молодший лейтенант медичної служби. E-mail: irasikyra@gmail.com

Мошківський Володимир Миколайович, старший викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, підполковник медичної служби. E-mail: vovamvm@gmail.com.

Вступ. В структурі бойової травми домінують мінно-вибухові ушкодження, а серед бойових поранень найпоширеніші осколкові. Мінно-вибухові травми часто супроводжуються множинними й масивними руйнуваннями м'яких тканин, їх забрудненням і контамінацією, травматичними ампутаціями сегментів кінцівок, ушкодженнями внутрішніх органів, супроводжуються тяжким шоком і значною крововтратою. Відтак важливість адекватного знеболення поранених на догоспітальному етапі не потребує особливого пояснення.

Мета. Визначення доцільності застосування кетаміну для знеболення та зменшення потреби в опіоїдах.

Матеріали і методи. Дизайн дослідження був сформований на ґрунті аналізу первинних медичних карт (форма 100) 100 пацієнтів із бойовою травмою різного соматичного профілю, доставлених та прийнятих відділенням анестезіології та інтенсивної терапії Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону (ВМКЦ ЦР). Хронометраж наукової роботи: жовтень 2022 року – березень 2023 року. Окрім цього, був проведений аналіз на базі даних MEDLINE по дослідженню використання кетаміну на етапі бойових дій, при пораненнях чи під час евакуації, що були опубліковані в період з 2000 по 2019 роки.

Як теоретичний базис дослідження була використана інформація з найбільш авторитетних та іноземних ресурсів, таких як: PubMed, Medscape, UpToDate, Journal of Trauma and Acute Care Surgery.

Результати. У ході аналізу первинних медичних карт за період з жовтня 2022 року по березень 2023 року кетамін використовувався у 48% випадків. Аналіз 8 досліджень з участю 2029 постраждалих, що були опубліковані американськими звітами про конфлікти про Афганістан та Ірак було показано, що використання кетаміну виросло з 3.9% в період до 2012 року, до 19.8% після 2012 року [1]. В одному із досліджень це був найбільш розповсюджений анальгетик (до 52% постраждалих) [2]. Середня загальна внутрішньовенна доза складала 25 мг. Інтенсивність болю зменшилась від помірної чи сильної до легкої, інколи після однієї дози. Основні небажані ефекти, що пов'язані з використанням кетаміну, є галюцинації, збудження та безладна мова [3, 4].

Висновки. Дані про застосування кетаміну при бойових травмах різномірні, проте всі дослідження показали ефективність даного препарату та безпечність від 25 мг при внутрішньовенному введенні до 50 мг при назальному для догоспітальної анальгезії поранених з бойовою травмою.

Список літератури.

1. McDaniel, C. E., Feiner, J. R., Bickler, P. E., & Estrada, S. (2011). Ketamine in the military prehospital setting. *Military Medicine*, 176(11), 1235-1239. doi: 10.7205/milmed-d-11-00154.
2. Borgers F., Sam Van Boxstael, and Marc Sabbe. Is Tactical Combat Casualty Care in terrorist attacks suitable for civilian first responders. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2021.
3. Smith, J. E., Rittenhouse, K. J., & Norris, P. R. (2012). Ketamine use in the prehospital setting: A national survey of paramedics in the United States. *Anesthesia & Analgesia*, 115(2), 385-389. doi: 10.1213/ANE.0b013e31825bfb12.
4. Buchenmaier C, Nahoney PF (eds.). COMBAT ANESTHESIA: THE FIRST 24 HOURS. Textbooks of Military Medicine. Fort Sam Houston, Texas. 2015, 977 pp.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНОМУ ПОРАНЕННІ СТЕГНА

Мошківський Володимир Миколайович, старший викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, підполковник медичної служби. E-mail: vovamvm@gmail.com

Сілант'єва Євгенія Юріївна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, лейтенант медичної служби, e-mail: jann.crown@gmail.com

Вступ: Постійний розвиток людства веде за собою еволюцію вогнепальної зброї, як наслідок, різко збільшуються тяжкість і масштаби руйнування тканин при пораненнях, зростає частота множинних, комбінованих і поєднаних травм. Сучасна бойова травма призводить, як правило, до тривалого ускладненого перебігу з частою інвалідністю і летальністю, що спонукає впроваджувати нові підходи до лікування поранених на всіх

етапах надання медичної допомоги. Поранення нижніх кінцівок під час ведення бойових дій зустрічаються у 58%, з них поранення стегна з переломом кістки - 23,8%.

Все більшої популярності в практичній діяльності лікарів-анестезіологів набуває провідникова анестезія. Легкість проведення, можливість контакту з хворим протягом всієї операції та зменшення необхідності використання наркотичних препаратів мінімізують ризики післяопераційних ускладнень у поранених та звільняють медичний персонал від потреби безперервного спостереження за пацієнтом після її виконання, що полегшує роботу в умовах дефіциту персоналу при масовому надходженні травмованих.

Мета роботи: Покращити периопераційне знеболення пацієнтам з вогнепальними пораненнями стегна.

Матеріали і методи: В дослідженні проведено проспективний аналіз 60-х поранених чоловіків 18-53 років з вогнепальною травмою стегна на базі клініки ушкоджень Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь».

Усі пацієнти отримали поранення в ході бойових дій повномасштабної російсько-Української війни в період з 24.02.22 по 31.01.2023

Застосовувалися такі методи як клінічне обстеження (збір анамнезу, скарг, фізикальне обстеження, аналіз анестезіологічних карт), числові шкали оцінки больових відчуттів (ВАШ), метод спостереження та порівняльного аналізу.

Пацієнтів було розподілено на дві групи відповідно до виду анестезії, що застосовувалася під час оперативних втручань з приводу поранень стегна.

1 група: 32 пацієнти, яким проводилась тотальна внутрішньовенна анестезія (ТВВА) з інтубацією трахеї та ШВЛ. Для анестезії використовувався розчин Пропофолу 1%, Фентанілу 0,005%, Атракуріуму. З метою мультимодального знеболення вводили Парацетамолу 1000мг внутрішньовенно крапельно та розчин Кеторолаку 30мг в/м. В післяопераційному періоді застосовувався розчин Промедолу 20мг в/м на ніч (або за потребою) та розчин Кеторолаку 30мг в/м 3 рази на добу.

2 група: 28 пацієнтів, яким проводилась комбінована анестезія зі збереженням спонтанного дихання, основним компонентом якої був блок компартменту клубової фасції (Fascia iliaca block - FIB). Для виконання регіонарного блоку використовувався розчин Бупівакаїну 0,25% 40мл, розчин Дексаметазону 4мг та розчин Адреналіну 0,1мл в якості ад'ювантів. З метою седатії – розчин Пропофолу 1% внутрішньовенно через інфузомат. Додаткове знеболення: розчин Фентанілу 0,005% 0,1мг внутрішньовенно болюсно одноразово на початок операції та ситуативно при маніпуляціях у зоні іннервації n. ischiadicus. В післяопераційному періоді анальгетичні препарати не застосовувались протягом першої доби, далі - розчин Промедолу 20мг в/м на ніч (або за потребою) та розчин Кеторолаку 30мг в/м 3 рази на добу.

Результати: Оцінка больового синдрому проводилась в обох групах за допомогою ВАШ перед оперативним втручанням, одразу після закінчення, через 2, 6, 12 та 24 години після завершення.

В 1 групі суб'єктивне відчуття болю на кожному етапі було $5,34 \pm 0,996$; $1,9 \pm 0,176$; $4,78 \pm 0,836$; $4,84 \pm 0,826$; $5 \pm 0,816$ та $5,12 \pm 0,956$, в той час як у 2 групі – $5,39 \pm 0,926$; $1,17 \pm 0,646$; $1,78 \pm 0,616$; $1,6 \pm 0,526$; $1,53 \pm 0,536$; $3,21 \pm 0,566$ відповідно.

Висновки: В ході дослідження попередньо виявлено більшу ефективність знеболення пацієнтів з вогнепальними пораненнями стегон за допомогою блокади компартменту клубової фасції. При оцінці за ВАШ FIB ефективніше утримує комфортний рівень знеболення (до 2б за ВАШ) до 12 годин, в той час як при ТВВА наростання інтенсивності болю відбувається протягом 2 годин після закінчення втручання (до 5б за ВАШ).

Враховуючи попередньо проаналізовані дані та специфіку травматичних пацієнтів з вогнепальними пораненнями (великий відсоток кровотеч, що призводить до гіповолемії, нестабільності гемодинаміки та шоку, ургентність оперативних втручань), можна зробити висновок про більшу безпечність та ефективність провідникової анестезії, а саме FIB, як

основного компонента знеболення для пацієнтів з вогнепальними пораненнями стегон на всіх етапах надання лікарської допомоги за рахунок зменшення використання доз наркотичних анальгетиків і седативних препаратів та досягнення тривалого знеболюючого ефекту.

Набір пацієнтів та дослідження триває. Попередні результати оптимістичні та співпадають з даними іноземної літератури.

ЗАМІСНА НИРКОВА ТЕРАПІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІЛЬТРУ «CYTOSORB» ЯК КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ТА СЕПСИСОМ

Сорока Анастасія Олександрівна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, лейтенант медичної служби, anastasia.sorokaaa@icloud.com

Рабошук Олександр Володимирович, викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, майор медичної служби, raboschuk7@gmail.com

Вступ: Вогнепальні поєднані поранення, що є основною причиною смертності серед військовослужбовців у військовий час, найчастіше ускладнюються поліорганною недостатністю, SIRS синдромом та сепсисом. Використання гемосорбції при замісній нирковій терапії є ефективним компонентом лікування сепсису [1, 2], однак її застосування при інтенсивній терапії поєднаних вогнепальних поранень потребує додаткового вивчення.

Мета роботи: Дослідити ефективність застосування адсорберу «Cytosorb» при проведенні замісної ниркової терапії в пацієнтів з вогнепальними поєднаними пораненнями та сепсисом.

Матеріали і методи: Дослідження проводилося на базі клініки анестезіології, реанімації, інтенсивної терапії та детоксикації ВМКЦ Північного регіону. Здійснено проспективне дослідження та аналіз історій хвороб 42 військовослужбовців з вогнепальними поєднаними пораненнями та сепсисом, які потребували замісної ниркової терапії. Усім пацієнтам проводилася замісна ниркова терапія апаратом Fresenius Medical Care MultiFiltrate в режимах CVVHDF та CVVHD, тривалість проведення замісної ниркової терапії складала $93,4 \pm 17,5$ год. Поранені розділені на дві групи: пацієнти 1-шої групи (n=19) отримували замісну ниркову терапію з додатковим використанням адсорберу Cytosorb, тоді як пацієнтам 2-ї групи (n=23) проводилася замісна ниркова терапія без гемосорбції. Проаналізовано розподіл поранених залежно від локалізації септичного вогнища, динаміку С-реактивного білка, прокальцитоніну, інтерлейкіну-6, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) на 1, 3, та 5 добу лікування, порівняння дозування симпатоміметиків та показників летальності.

Результати: Розподіл поранених залежно від локалізації септичного вогнища був наступний: вогнепальні поранення живота ускладнені перитонітом – 37%, вогнепальні поранення грудної клітки – 21%, опіки – 13%, вогнепальні поранення кінцівок ускладнені інфекційним ураженням м'яких тканин – 11%, внутрішньогоспітальні пневмонії – 9%, проникаючі черепно-мозкові поранення – 7%, сепсис невстановленої етіології – 2%.

Згідно результатів дослідження, відмічено зниження рівня С-реактивного протеїну (СРП) у 1-й групі порівняно з 2-ю: на першу добу лікування рівень СРП складав $234,43 \pm 21,3$ мг/л у 1-й групі, $213,35 \pm 18,3$ мг/л у 2-й групі ($p > 0,05$), на третю добу складав $102,67 \pm 16,2$ мг/л та $168,38 \pm 19,58$ мг/л у 1-й та 2-й групах відповідно ($p < 0,05$), на п'ятий день лікування – $98,28 \pm 27,57$ мг/л та $151,74 \pm 16,7$ мг/л у 1-й та 2-й групах відповідно ($p < 0,05$).

Наявна статистично значуща різниця між групами за рівнями прокальцитоніну (PCT): на першу добу PCT становив $95,73 \pm 27,29$ ng/ml у 1-й групі та $97,19 \pm 19,52$ у 2-й групі ($p > 0,05$), на третю добу рівень PCT складав $45,36 \pm 14,7$ ng/ml та $84,24 \pm 19,25$ ng/ml у 1-й та 2-й групі відповідно ($p < 0,05$), на п'яту добу отримано такі значення PCT – $1,3 \pm 1,29$ ng/ml у 1-й групі та $49,97 \pm 5,42$ ng/ml у 2-й групі ($p < 0,05$).

Встановлено, що показники інтерлейкіну-6 (IL-6) були значно нижчими у пацієнтів 1-ї групи порівняно з 2-ю групою: на першу добу значення IL-6 складала $1104,39 \pm 156,67$ pg/ml у

1-й групі та $1201,52 \pm 164,78$ pg/ml у 2-й групі ($p > 0,05$), на третю добу $-374,79 \pm 70,45$ pg/ml та $1195,23 \pm 165,58$ pg/ml у 1-й та 2-й групах відповідно ($p < 0,05$), на п'яту добу лікування отримані наступні значення – $96,74 \pm 41,82$ pg/ml у 1-й групі та $795,32 \pm 120,94$ pg/ml у 2-й групі ($p < 0,05$).

Значення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) були істотно нижчими у пацієнтів 1-ї групи порівняно з 2-ю групою: на першу добу значення ЛІІ склали $6,92 \pm 0,94$ у 1-й групі та $7,25 \pm 1,1$ у 2-й групі ($p > 0,05$), на третю добу – $4,71 \pm 0,52$ та $8,79 \pm 1,58$ у 1-й та 2-й групах відповідно ($p < 0,05$), на п'яту добу лікування отримані наступні значення – $3,16 \pm 0,69$ у 1-й групі та $7,41 \pm 1,63$ у 2-й групі ($p < 0,05$).

Для підтримки гемодинаміки застосовувалися значно менші дози норадреналіну серед пацієнтів 1-ї групи порівняно з 2-ю групою, середня доза норадреналіну на п'яту добу лікування складала $0,27 \pm 0,17$ мкг/кг/год у 1-й групі та $0,95 \pm 0,87$ мкг/кг/год у 2-й групі ($p < 0,05$).

За результатами дослідження, наявна різниця між показниками летальності за час перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії ($p < 0,05$), у 1-й групі летальність складала 50,25%, тоді як у 2-й групі показник летальності був 67,5%.

Терміни перебування у ВАРІТ між групами також суттєво відрізнялися. Так у групі I термін перебування у ВАРІТ склав $126,56 \pm 17,21$ год, у групі II термін перебування у ВАРІТ становив $158,75 \pm 19,34$ год, що пояснюється вищими показниками важкості загального стану у групі II і як наслідок відстроченням терміну переведення поранених до профільного відділення та наступних етапів евакуації.

Висновки: 1. Виявлено, що при застосуванні гемосорбції як доповнення до замісної ниркової знижувалися рівні С-реактивного протеїну, прокальцитоніну та лейкоцитарного індексу інтоксикації ($p < 0,05$)

2. Серед пацієнтів, яким застосовувалася гемосорбція, використовувалися значно менші дози норадреналіну ($0,47 \pm 0,17$ мкг/кг/год у 1-й групі та $1,14 \pm 0,87$ мкг/кг/год у 2-й групі, ($p < 0,05$) та знижувалися показники летальності у відділенні інтенсивної терапії.

3. Зважаючи на отримані результати, можна зробити висновок, що застосування замісної ниркової терапії в комбінації з гемосорбцією з використанням фільтру "Cytosorb" є ефективним при лікуванні пацієнтів з вогнепальним поєднаними пораненнями та сепсисом.

Список літератури:

1. Hemoadsorption by CytoSorb in septic patients: a case series – Klaus Kogelmann, Dominik Jarczak, Morten Scheller, and Matthias Drüner, 2017 Mar 27.

2. Hemoadsorption with CytoSorb in Septic Shock Reduces Catecholamine Requirements and In-Hospital Mortality: A Single-Center Retrospective 'Genetic' Matched Analysis Rugg C, Klose R, Hornung R, Innerhofer N, Bachler M, Schmid S, Fries D, Ströhle M Biomedicines 2020; 8(12):539

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР ГОРТАНІ, ЯК КРИТЕРІЯ СКЛАДНОЇ ЛАРИНГОСКОПІЇ

Тімохіна Інна Олександрівна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, лейтенант медичної служби. E-mail: inna_timokhina@ukr.net

Мошківський Володимир Миколайович, старший викладач кафедри анестезіології та реаніматології УВМА, підполковник медичної служби. E-mail: vovamvm@gmail.com.

Актуальність. Частота складної інтубації трахеї становить від 1,0 до 6,4 %. Щодо акушерської практики, літературні дані орієнтують на цифри 7,9 %. В загальній хірургії летальність від невдачі при інтубації трахеї 1:2000 випадків. В структурі материнської смертності невдала інтубація зустрічається з частотою 1:250 випадків. Важкі дихальні шляхи є серйозним викликом для лікаря анестезіолога, тоді, як важка ларингоскопія є невідкладним станом. В умовах сьогодення є безліч прогностичних приліжкових тестів, які мають слабку та помірну чутливість (20-67%), а також специфічність від помірної до достовірної (82-97%).

Мета. Модернізувати та покращити передопераційне прогнозування складності прямої ларингоскопії

Матеріали та методи. Портативний апарат ультразвукової діагностики (апарат УЗД), індивідуальна Excel-карта для фіксації показників, пацієнти, які готуються до планового оперативного втручання. Обробку даних проводили методом статистичного аналізу за допомогою програм Excel та Statistica.

Результати та обговорення. Біля ліжка хворого ми обстежили пацієнтів яким планувались планові оперативні втручання на базі проктологічного відділення, використовуючи портативний апарат УЗД. В дослідження було включено пацієнтів віком від 23 до 80 років. З них 27% (24 досліджуваних) жінки, 73% (48 досліджуваних) чоловіки. Пацієнтів розподілили на 2 групи: група 1 з прогностично сприятливою інтубацією трахеї (для оцінки використовували LEMON law) та з прогностично важкими дихальними шляхами. 1 група (неускладнена ларингоскопія) включає 60% (43 пацієнти), 2 група (важка ларингоскопія) включає 40 % (29 пацієнтів). Всього в дослідженні були залучені 72 хворих. Для оцінки важкої ларингоскопії за еталон використовували шкалу Кормака–Лехана (Cormack-Lehane score). Контингент хворих від 24 до 86 років, ІМТ= 26±7. Час, який було витрачено на соноанатомічне обстеження, склав 4±2.2 хв. Під час огляду оцінювали: відстань від нижньої щелепи до під'язикової кістки, відстань від під'язикової кістки до шкіри, товщину передніх тканин шиї на рівні голосових складок та преєпіглотичної клітковини (преєпіглотичну дистанцію). З'ясували, що в середньому, товщина передніх тканин шиї на рівні голосових складок в першій групі 0.18±0.4 мм, в другій 0.49±0.27 мм ($p_{\alpha}<0,05$). Товщина преєпіглотичної клітковини в 1-й групі 2.1±0.38 см, в 2-й 2.59±0.67 см. Гіоментальна відстань в 1-й групі 48.14±3,7 мм, в 2-й групі - 52,6 ±5,8 мм. Тиреоїдна мембрана становила в 1-й групі 23,9 ± 3,4 мм, натомість в 2-й – 28,25 ± 4,43 мм. При оцінці коефіцієнту кореляції, виявлено прямий сильний зв'язок між показниками товщини передніх тканин шиї та преєпіглотичної дистанції, що становить $r_1=0.69$, $r_2=0.71$ відповідно, що свідчить про зв'язок вимірюваних величин з можливим прогнозуванням важкої ларингоскопії.

Висновки. Вивчивши соноанатомію шийної ділянки з парасагітальної позиції з'ясували, що деякі параметри, одним з яких є преєпіглотична дистанція, мають діагностичну цінність в прогнозуванні важкої ларингоскопії. Визначили, що показник преєпіглотичної дистанції є незалежною прогностичною ознакою важкості ларингоскопії, що підтверджує ефективність та доцільність периопераційного ультразвукового обстеження гортані. Виявили наявність прямого зв'язку із довжиною преєпіглотичної дистанції та ступенем візуалізації голосової щілини. Оптимальним критерієм, який вказує на тяжку ларингоскопію, є вимірювання довжини преєпіглотичної дистанції, яка за попередніми даними, коливається в межах 2.59±0.67 см та товщина передніх тканин шиї на рівні голосових складок 0.49±0.27 мм, що супроводжують важку ларингоскопію.

ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГОЛОВИ ПІД ЧАС АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Ухач Юрій Дмитрович, ад'юнкт науково-організаційного відділення УВМА,
майор медичної служби Українська військово-медична академія
yuraukhach@gmail.com

Вступ: Черепно-мозкова травма (ЧМТ) та важка крововтрата часто поєднуються у постраждалих із бойовою травмою, що призводить до високого рівня смертності [1,2]. Важливо, що кожен з окремих станів характеризується складними та потенційно протилежними патофізіологічними механізмами, що ускладнює оптимальні реанімаційні та терапевтичні підходи [2,3]. Наявність у постраждалих ЧМТ та крововтрати перешкоджає серцево-судинним компенсаторним механізмам, таким як модуляція судинного тонуусу, посилює респіраторні аномалії та системну запальну відповідь організму, а необхідна увага

до захисту мозку за допомогою агресивної інфузійної терапії може призвести до посилення коагулопатії та індукції синдрому системної запальної відповіді, що зменшує загальне відновлення після політравми [4,5]. Інфузія кристалоїдів в високих об'ємах під час аеромедичного транспортування може спричинити тривалий молочнокислий ацидоз та прозапальну реакцію, а також викликати у постраждалих з множинними травмами вторинне пошкодження клітин. Цьому фізіологічному ушкодженню можна запобігти, використовуючи стратегії реанімації препаратів крові та оптимізувавши використання інфузійних середовищ на етапі евакуації [6].

Мета: Оцінити об'єми інфузійної терапії у постраждалих із проникаючими пораненнями голови, яким проводилася аеромедична евакуація (АМЕ).

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 122 військовослужбовців, які були евакуйовані гелікоптерами з польових госпіталів для отримання спеціалізованої медичної допомоги. Постраждалі були розділені на три групи: перша група складалася з 52 поранених з мінно-вибуховими торако-абдомінальними пораненнями (МВП), друга група - з 40 поранених з ізольованими мінно-вибуховими проникаючими черепно-мозковими пораненнями (ЧМП), а третя група - з 30 поранених з поєднаними проникаючими черепно-мозковими та торако-абдомінальними пораненнями (ЧМП+МВП). Усі поранені були чоловічої статі, статистично не відрізнялися за віком. Середня тривалість маршруту евакуації становила $56 \pm 13,4$ хвилин. Інфузійна терапія у постраждалих проводилася за допомогою збалансованих кристалоїдних розчинів, які при необхідності доповнювалися колоїдними розчинами на основі гідроксіетилового крохмалю 130/0,4 чи желатину полісукцинату в об'ємі до 500 мл. Статистична обробка даних проводилася у програмному середовищі Statistical software EZR v. 1.61 (graphical user interface for R statistical software version 4.2.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). У дослідженні наведено медіану (Me) та міжквартильний інтервал (QI – QIII) значень досліджуваних показників, якісні ознаки представлені як абсолютна частота та відносна частота (%). Для порівняння якісних ознак застосовано критерій χ^2 -квадрат. Для порівняння кількісних ознак застосовано критерій Крускала-Уолліса, апостеріорні порівняння проведені за критерієм Данна.

Результати: В результаті проведено дослідження було встановлено, що у поранених групи ЧМП загальний об'єм інфузії під час АМЕ становив 400 (200 – 500) мл, а інфузія колоїдів застосована у 17,5% постраждалих. У групі МВП загальний об'єм інфузії складав 500 (400 – 800) мл, колоїдні розчини було застосовано у 28.8% постраждалих. У групі ЧМП+МВП загальний об'єм інфузії під час АМЕ становив 400 (400 – 500) мл, та у 20.0% постраждалих застосовано інфузію колоїдних розчинів. Встановлено, що у групі ЧМП був застосований менший об'єм кристалоїдних розчинів ніж у групах МВТ ($p < 0.05$) чи ЧМП+МВТ ($p < 0.05$). Також, у групі ЧМП загальний об'єм інфузії був достовірно нижчим ніж у групі МВТ ($p < 0.05$).

Частота застосування колоїдних розчинів у постраждалих групи МВП була вищою, проте достовірної відмінності між групами ЧМП та ЧМП+МВП не було встановлено ($p > 0.05$).

Характеристики інфузійної терапії у постраждалих наведено в таб.1.

Таблиця 1

Характеристика інфузійної терапії у постраждалих досліджуваних груп

Показник	МВП (n=52)	ЧМП (n=40)	ЧМП+МВП (n=30)	Рівень значущості відмінності, p
Кристалоїди (мл)	450 (400 – 500) ²	400 (200 – 400) ^{1,3}	400 (400 – 500) ²	<0.001
Колоїди (абс,%)	15 (28.8%)	7 (17.5%)	6 (20.0%)	0.398
Загальний об'єм інфузії (мл)	500 (400 – 800) ²	400 (200 – 500) ¹	400 (400 – 500)	<0.001

Примітки: ¹ – відмінність від групи МВП статистично значуща, $p < 0.05$; ² – відмінність від групи ЧМП статистично значуща, $p < 0.05$; ³ – відмінність від групи ЧМП+МВП статистично значуща, $p < 0.05$.

Отримані результати дослідження можуть вказувати на вищі об'єми крововтрати у постраждалих групи МВП та ЧМП+МВП що впливає на потреби в інфузійній терапії на етапі евакуації. У постраждалих групи ЧМП потреба в інфузійних розчинах була достовірно нижчою, що може вказувати на кращий стан компенсаторних механізмів у поранених із ізольованими мінно-вибуховими проникаючими черепно-мозковими пораненнями.

Висновки: 1. Постраждалі з ізольованими мінно-вибуховими проникаючими черепно-мозковими пораненнями потребували достовірно менших ($p < 0.05$) об'ємів інфузійної терапії під час аеромедичної евакуації. 2. У групі постраждалих із поєднаними проникаючими черепно-мозковими та торако-абдомінальними пораненнями потреба в інфузійних розчинах не відрізнялася від групи постраждалих з мінно-вибуховими торако-абдомінальними пораненнями ($p > 0.05$).

Література:

1. Mayer, A.R.; Dodd, A.B.; Vermillion, M.S.; Stephenson, D.D.; Chaudry, I.H.; Bragin, D.E.; Gigliotti, A.P.; Dodd, R.J.; Wasserott, B.C.; Shukla, P.; et al. A systematic review of large animal models of combined traumatic brain injury and hemorrhagic shock. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019, 104, 160–177.
2. Shah JS, Macaitis J, Lundquist B, Johnstone B, Coleman M, Jefferson MA, Glaser J, Rodriguez AR, Cardin S, Wang H-C, Burdette A. Evaluating Thera-101 as a Low-Volume Resuscitation Fluid in a Model of Polytrauma. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23(20):12664. <https://doi.org/10.3390/ijms232012664>
3. Mclaughlin, A. Traumatic Brain Injury in the Military. *Open J. Mod. Neurosurg.* 2013, 3, 23–28.
4. Khytryi, G. P., & Ukhach, Y. D. (2022). Assessment of blood loss in injured military personnel with penetrating brain injuries during preparation for aeromedical evacuation. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 3(4), 93-99. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-093](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-093)
5. Mayer, A. R., Dodd, A. B., Ling, J. M., Stephenson, D. D., Rannou-Latella, J. G., Vermillion, M. S., Mehos, C. J., Johnson, V. E., Gigliotti, A. P., Dodd, R. J., Chaudry, I. H., Meier, T. B., Smith, D. H., Bragin, D. E., Lai, C., Wagner, C. L., Guedes, V. A., Gill, J. M., & Kinsler, R. (2021). Survival Rates and Biomarkers in a Large Animal Model of Traumatic Brain Injury Combined With Two Different Levels of Blood Loss. *Shock (Augusta, Ga.)*, 55(4), 554–562. <https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000001653>
6. Wallen, T. E., Singer, K. E., Morris, M. C., Blakeman, T., Stevens-Topie, S. M., Strilka, R., ... & Goodman, M. D. (2022). Blood product resuscitation mitigates the effects of aeromedical evacuation after polytrauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 92(1), 12-20. DOI: 10.1097/TA.0000000000003433

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОНОГРАФІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ ДИХАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ В УМОВАХ ВІДЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ, РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Хуторна Богдана Владиславівна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, лейтенант медичної служби. E-mail: dana.stavrovich@gmail.com.

Ганюк Віталій Михайлович, старший ординатор ВАРІТ НВМКЦ «ГВКГ», майор медичної служби. E-mail: ganjuk@meta.ua.

Вступ. Сонографія легень є одним з найбільш перспективних серед неінвазивних методів діагностики дихальної недостатності. Ультрасонографія дозволяє швидко і точно отримати відповіді на поставлені питання та дає змогу здійснювати постійну переоцінку

результатів в динаміці. На сьогоднішній день УЗД займає важливе місце серед методів діагностики дихальної недостатності в умовах відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії. У зв'язку з цим, актуальною є проблема вдосконалення діагностичних можливостей та нових методик сонографії легень, що дозволить не тільки більш точно визначати діагноз, але й робити прогноз під час виникнення дихальної недостатності та контролювати ефективність лікування.

Мета. Метою даної роботи є дослідження ефективності сонографії легень при дихальній недостатності в умовах відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії. Перед собою ми поставили ціль визначити співвідношення діагностичної точності та простоти використання УЗД та КТ легень. Ми намагались встановити зв'язок між змінами в легенях, виявленими за допомогою сонографії, та клінічним станом пацієнтів з дихальною недостатністю, в порівнянні з КТ. Також метою даної роботи є розроблення рекомендацій щодо оптимального використання цього методу в практиці лікарів.

Матеріали та методи. Нами було виконано проспективне дослідження стану 100 пацієнтів НВМКЦ «ГВКГ» відділення реанімації та інтенсивної терапії з ознаками дихальної недостатності. Середній вік обстежуваних склав $31,4 \pm 2,7$ років (max – 67 років, min – 20 років). Уся вибірка представлена чоловіками. Пацієнтів було поділено на дві групи по 50 людей. Всім пацієнтам виконувалось КТ та УЗД дослідження легень. Та за допомогою цих методів відстежували динаміку протікання захворювання (в середньому КТ виконувалось 2 рази, а УЗД – 3 рази за час перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії). У першій групі для встановлення діагнозу до уваги ми брали КТ дослідження органів грудної клітки, у другій – сонографію легень, з урахуванням усіх доступних нам методів діагностики. Дослідження проводилися на приладах фірми General Electric, з використанням стандартних протоколів обстеження.

Результати. У результаті дослідження, ста пацієнтів з ознаками дихальної недостатності, КТ легень допомогло встановити вірний діагноз 34 пацієнтам з 50, тоді як за допомогою УЗД легень було встановлено 45 вірних діагнозів з 50. Ці результати можуть свідчити про високу ефективність сонографії легень у діагностиці дихальної недостатності в порівнянні з КТ. В ході дослідження виявлено краще моніторування динаміки захворювання за допомогою ультрасонографії легень в порівнянні з КТ легень. Окрім цього встановлено, що УЗД є більш легким у використанні за рахунок мобільності апаратури. Також проведення сонографії вимагає менше часу в порівнянні з КТ.

Висновки. Результати дослідження показали, що сонографія легень є більш ефективним діагностичним інструментом у виявленні патологій легень у пацієнтів з дихальною недостатністю в порівнянні з КТ.

Діагностична ефективність сонографії склала 90%, тоді як у КТ вона склала 68%.

При порівнянні з КТ ультрасонографія легень виявилась більш простою у використанні та більш зручною для моніторингу динаміки захворювання.

Отримані результати дослідження мають велике значення для клінічної практики, оскільки сонографія легень була використана як діагностичний інструмент першого ряду у пацієнтів з дихальною недостатністю у відділенні інтенсивної терапії. Ультрасонографія легень може покращити результати лікування пацієнтів з дихальною недостатністю у відділенні інтенсивної терапії.

Необхідні подальші дослідження для розкриття потенціалу ультрасонографії легень у пацієнтів з дихальною недостатністю в умовах відділення інтенсивної терапії

ГІПЕРОСМОЛЯРНІ РОЗЧИНИ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ НАБРЯКУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Цюприк Артур Володимирович, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА, лейтенант медичної служби, e-mail: tsuprik.arthur@gmail.com

Ухач Юрій Дмитрович, ад'юнкт науково-організаційного відділення УВМА, майор медичної служби, e-mail: yuraukhach@gmail.com

Вступ: На сьогоднішній день черепно-мозкові травми все ще є основною причиною смертності та захворюваності у світі та вважаються проблемою громадської охорони здоров'я, якій необхідно приділяти належну увагу. набряк головного мозку внаслідок травми порушує доставку необхідних поживних речовин і змінює нормальний внутрішньочерепний тиск, підвищення якого тісно пов'язане з поганими неврологічними результатами та смертністю пацієнтів із травмою голови. Внутрішньочерепне введення рідин є основним компонентом допомоги при травмах, а якість та об'єми інфузії безпосередньо впливають на результати лікування постраждалих. Прогрес в дослідженні осмотичних агентів сприяв зниженню смертності, та допоміг забезпечити ефективніший контроль та корекцію внутрішньочерепного тиску. Осмотичними засобами, що найчастіше використовуються для контролю внутрішньочерепного тиску у пацієнтів, які перенесли важку черепно-мозкову травму, є маніт і гіпертонічний розчин хлориду натрію. Сучасні підходи щодо застосування маніту та гіпертонічного розчину хлориду натрію для лікування пацієнтів, які зазнали травми голови надалі залишаються дискусійними.

Мета роботи: Оцінити переваги, недоліки та рекомендації щодо застосування різних гіперосмолярних розчинів на основі оновлених клінічних даних щодо їх ефективності.

Матеріали і методи: Проведено аналіз наукових публікацій за допомогою наукометричних баз Pubmed, Cochrane та Embase. Систематичний огляд дотримувалася вказівок щодо бажаних елементів звітності для систематичних оглядів і мета-аналізу.

Результати: Манітол і гіпертонічний розчин хлориду натрію є двома найбільш часто використовуваними гіперосмолярними розчинами. Немає переконливих доказів, які б демонстрували перевагу одного над іншим у лікуванні набряку мозку та внутрішньочерепної гіпертензії різної етіології у критично хворих пацієнтів (1,2). Оскільки гіпертонічний розчин хлориду натрію викликає збільшення внутрішньосудинного об'єму, він може бути корисним для пацієнтів з гіповолемією. Проте його слід застосовувати з обережністю пацієнтам із серцевою недостатністю, у яких він може спровокувати гострий набряк легенів (3,4). Навпаки, маніт викликає сильну діуретичну реакцію, яка може призвести до серйозного зниження об'єму крові, яке слід негайно лікувати, щоб уникнути ускладнень (1,5). Іншими проблемами, пов'язаними з його використанням, є феномен «рикошету» та потенційний ризик розширення гематоми у пацієнтів із внутрішньочерепними крововиливами (5,6). Головним ускладненням у пацієнтів, які отримують гіпертонічний розчин, є гіпернатріємія, яка може призвести до осмотичної демієлінізації, коли рівень натрію в сироватці крові швидко підвищується, особливо у пацієнтів з гіпонатріємією (3,7). Обидва препарати можуть викликати ураження нирок, але через різні механізми. У той час як високі концентрації маніту в сироватці крові можуть призвести до осмотичного нефрозу. Декілька авторів повідомляють, що обидва препарати мають подібний ефект в еквімолярних дозах, а інші стверджують, що гіпертонічний розчин хлориду натрію є більш ефективним і безпечним, ніж маніт, для зниження ВЧТ при важкій черепно-мозковій травмі (1,7).

Висновки: гіпертонічний сольовий розчин, і маніт, очевидно, знижують внутрішньочерепний тиск і покращують клінічні результати при важкій черепно-мозковій травмі, але докази надзвичайно розрізнені як щодо методу лікування, так і щодо оцінки результатів. Враховуючи брак високоякісних даних, важко однозначно зробити висновок, який засіб краще або якого протоколу лікування слід дотримуватися.

Список літератури:

1. Reina-Rivero, Randy, et al. "Osmotherapy in patients with severe brain trauma: which agents should we take into account?." *Romanian Neurosurgery* (2022): 92-97.
2. Stopa, Brittany M., et al. "Hyperosmolar therapy in pediatric severe traumatic brain injury—a systematic review." *Critical Care Medicine* 47.12 (2019): e1022-e1031.
3. Chen, Han, Zhi Song, and Jane A. Dennis. "Hypertonic saline versus other intracranial pressure-lowering agents for people with acute traumatic brain injury." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (2019).
4. Asehnoune K, Lasocki S, Seguin P, et al. Association between continuous hyperosmolar therapy and survival in patients with traumatic brain injury – a multicentre prospective cohort study and systematic review. *Crit Care* 2017;21:328.
5. Gu J, Huang H, Huang Y, et al. Hypertonic saline or mannitol for treating elevated intracranial pressure in traumatic brain injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurosurg Rev* 2018; <https://doi.org/10.1007/s10143-018-0991-8>.
6. Tavares, C., Latorre de Alcântara, A.L.L., Murata, K.N., Sasaki, S. (2022). Hyperosmolar Fluids. In: Prabhakar, H., S Tandon, M., Kapoor, I., Mahajan, C. (eds) *Transfusion Practice in Clinical Neurosciences*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-0954-2_5
7. Narayan, Sujita W., et al. "Effect of mannitol plus hypertonic saline combination versus hypertonic saline monotherapy on acute kidney injury after traumatic brain injury." *Journal of Critical Care* 57 (2020): 220-224.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ НУТРИТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Юшак Тетяна Михайлівна, слухач факультету підготовки військових лікарів УВМА,
лейтенант медичної служби,

Тхоревський Олексій Валентинович, доцент кафедри анестезіології та реанімації
УВМА, працівник ЗСУ, e-mail biber@ukr.net

Вступ. При організації профілактичних заходів щодо розвитку синдрому гіперметаболізму слід враховувати три основні напрямки: усунення дії пускових чинників; корекція порушень енергетичного та кисневого потоку – відновлення киснево транспортної функції крові, усунення гіповолемії та гемоконцентрації, розладів гемореології, нутритивна підтримка тощо.

Першочерговими заходами з корекції синдрому гіперметаболізму у поранених є усунення чинників його розвитку – всмоктування продуктів некрозу тканин, інфекції, гіповолемії, гіпоксії. Важливим чинником профілактики, згідно рекомендації ESPEN [1], є налагодження адекватної нутритивної підтримки шляхом забезпечення адекватної кількості нутритивних речовин та підтримки калоражу на рівні 25 ккал/кг.

Мета роботи: Проаналізувати нутритивну підтримку у поранених згідно рекомендацій ESPEN для профілактики розвитку синдрому гіперметаболізму.

Матеріали і методи: Проаналізовано 38 хворих з тяжкими пораненнями та яким надавалась медична допомоги відповідно до Наказу директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України № 3 від 24.02.2017 щодо профілактики та корекції синдрому гіперметаболізму для покращання результату лікування, в подальшому – зменшення інвалідизації військовослужбовців. Всім пораненим здійснювалось повноцінне харчування: вирішувалось питання щодо ентерального/парентерального харчування за потреби. Добова потреба у нутрієнтах була: 4-5 г/кг глюкози, 1-2 г/кг ліпідів, 1,5-2 г/кг білків. Показом до ентерального зондового харчування була неспроможність пацієнта внаслідок отриманої травми самостійно приймати та пережовувати їжу при збереженій всмоктувальній функції травного тракту. Показом до парентерального харчування була неможливість забезпечити кількість калорій, рекомендованих ESPEN для профілактики розвитку гіперметаболічного синдрому. Для забезпечення адекватного калоражу додавали до

інтенсивної терапії 20% розчин глюкози та розчини амінокислот типу Аминосол Нео з властивостями цитопротекції та антиоксиданту. Згідно рекомендацій ESPEN пораненим рекомендували передопераційне вуглеводне навантаження (за 3 години до оперативного втручання теплий солодкий чай), а в деяких випадках при відсутності можливості пити до оперативного втручання, або суворої заборони, використовували внутрішньовенне введення 20% глюкози 200 мл).

Проводили моніторинг вітальних функцій, біохімічний моніторинг (креатинін, сечовина, глюкоза крові), загальний аналіз крові (лейкоцити, лімфоцити), температура тіла.

Результати: Завдяки збалансованій нутритивній підтримці та підтримці калоражу на рівні 25 ккал/кг (перша доба 50% , друга та третя – поступове досягнення необхідного рівня) вдалось досягти профілактики розвитку гіперметаболічного синдрому, відсутності гектичної температури. На 2-3 добу відмічалась нормалізація рівня креатиніну та сечовини, нормалізації рівня лейкоцитів на 4-5 добу. Рівень маси тіла та лімфоцитів залишався в нормі протягом всього періоду лікування, що підтверджувало якісну нутритивну підтримку.

Висновки:

1. Забезпечення добової потреби нутриєнтів з підтримкою калоражу на рівні 25 ккал/кг ідеальної маси – запорука профілактики гіперметаболічного синдрому.

2. Включення в терапію раннього ентерального харчування дозволило скоротити час досягнення цільових значень внутрішньочеревного тиску, тобто оптимізувати відновлення кровообігу на системному і тканинному рівнях.

3. На початку нутритивного харчування інтоксикація мала тенденцію до зниження в усіх групах обстежених хворих. Однак при ранньому ентеральному харчуванні зниження ЛПІ було більш виражене, що підтверджує профілактичний і лікувальний вплив його на септичні ускладнення.

4. Розроблений метод раннього (через 6-12 годин) введення розчину Рінгера, Стерофундину в кишківник з подальшим визначенням всмоктуючої його функції і початком раннього ентерального харчування має переваги щодо зниження ускладнень у поранених з тяжкими вогнепальними пошкодженнями.

Список літератури

1. Экспертные заключения ASPEN (Американское общество парентерального и энтерального питания) и ESPEN (Европейская ассоциация клинического питания и метаболизма) ГАЗЕТА «НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ» 16 (510) 2020 год.

ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Соломенний Андрій Миколайович, к.фарм.н., доц., доцент кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Плешкова Ольга Володимирівна, к.фарм.н., доц., старший виладач кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Белозьорова Оксана Валеріївна, к.фарм.н., доц., начальник науково-організаційного відділення, Українська військово-медична академія

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – одна з найбільш поширених і серйозних травм в учасників бойових дій. Війна в Україні призвела до збільшення кількості випадків ЧМТ серед військовослужбовців. Точна статистика ЧМТ за період війни в Україні наразі недоступна. Проте, за офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, в період 2014–2019 рр. госпіталізовано з травмами близько 200 тис. українців [1, 2, 3].

Актуальність проблеми ЧМТ в умовах війни в Україні надзвичайно висока оскільки необхідно забезпечити максимально можливий рівень медичної допомоги постраждалим із ЧМТ, швидко й якісну діагностику та лікування для військовослужбовців із травмами головного мозку, що потребує використання значної кількості лікарських засобів (ЛЗ), серед яких особливу роль займає група антибактеріальних засобів для системного використання, які застосовуються для лікування та профілактики інфекційних ускладнень у постраждалих [4, 5, 6].

Метою нашої роботи є проведення аналізу номенклатури сучасного асортименту антибактеріальних засобів для системного використання, представлених на фармацевтичному ринку України.

Матеріали і методи. При проведенні дослідження в якості матеріалів нами були використані дані листів призначень ЛЗ та карток стаціонарних хворих військовослужбовців із ЧМТ, які проходили лікування у нейрохірургічному відділенні Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь». Методи дослідження: маркетинговий, системний, бібліографічний.

Результати. При проведенні аналізу первинної медичної документації та даних наукової літератури було встановлено, що для лікування ЧМТ у військовослужбовців використовуються наступні препарати: амікацин (J01GB06), амоксицилін (J01CA04), бензілпеніцилін (J01CE01), доксицилін (J01AA02), гентаміцин (J01GB03), лінко норфлуксацин (J01MA06), офлуксацин (J01MA01), цефотаксим (J01DD01), цефтазидим (J01DD02), цефтріаксон (J01DD04), ципрофлоксацин (J01MA02) тощо.

Аналіз зареєстрованих в Україні антибактеріальних засобів для системного використання для медикаментозного забезпечення військовослужбовців із ЧМТ проводився з використанням інформаційної бази зареєстрованих ЛЗ, представленої на офіційному сайті ДУ «Державний експертний центр» Міністерства охорони здоров'я України, та показав, що станом на 01.03.2023 року в Україні було зареєстровано 281 антибіотик, які використовуються для лікування та профілактики інфекційних ускладнень у військовослужбовців із ЧМТ.

Аналізуючи країни-виробники, було встановлено, що іноземні фірми виробляли 167 ЛЗ. Лідером була Індія, вона постачала на вітчизняний фармацевтичний ринок 57 препаратів. Крім того в п'ятірку лідерів входять Словенія, Австрія, Італія та Німеччина, загальний імпорт яких складає 54 ЛЗ.

Українські виробники постачають 114 ЛЗ. Трійку лідерів очолює ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (19 ЛЗ). Друге місце займає ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (16 ЛЗ), а на третьому знаходиться ВАТ «Київмедпрепарат» (15 ЛЗ).

Аналіз антибактеріальних засобів для системного використання за міжнародними непатентованими назвами показав, що найширшим асортиментом характеризувались препарати цефтриаксону (J01DD04) – 93 ЛЗ. Його виробництвом займались Бангладеш, Болгарія, Великобританія, Грузія, Індія, Іран, Італія, Китай, Кіпр, Люксембург, Німеччина, США, Туреччина та Швейцарія. Серед вітчизняних фармацевтичних фірм виробництвом цефтриаксону займались ВАТ «Київмедпрепарат», ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», ЗАТ «Лекхім-Харків», ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», ТОВ «Здоров'я» та ТОВ «Юрія-фарм».

Висновки. Таким чином, проведений нами маркетинговий аналіз антибактеріальних засобів для системного використання, які використовуються для медикаментозного забезпечення військовослужбовців із ЧМТ показав переважання частки імпортного виробництва, зокрема, препаратів цефтриаксону.

Список літератури:

1. Поліщук М.Є. Стандартизація лікування хворих. Чи є місце нейропротекторам при цереброваскулярній патології та черепно-мозковій травмі? Думаю, що так. Міжнародний неврологічний журнал. Харків, 2014. № 6 (68). С. 49-53.
2. Чердиченко Т.В., Баюн Ю.В., Букрий А.О. Тактика ведення больных с закрытой черепно-мозговой травмой в остром периоде (клинический случай). Східно-європейський неврологічний журнал. 2019. № 1. С. 30-35.
3. Черепно-мозговая травма: интенсивная терапия, мониторинг, пороговые значения целевых показателей. / Л.А. Мальцева, В.И. Гришин, Д.В. Базиленко, С.О. Пшенко. Медицина неотложных состояний. Київ, 2018. № 1. С. 72-75.
4. Йовенко І.А. Бактеріальний контроль при тяжкій вогнепальній травмі. Медицина невідкладних станів. Київ, 2015. № 2. С. 171-175.
5. Dellinger R.P. Levy M.M., Rhodes A. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. CritCareMed. 2020. № 41. P. 580-637
6. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock / P.R. Dellinger et al. Intensive care med. 2018. № 34. P. 17-60.

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТАЧАННЯ МЕДИЧНОГО МАЙНА ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ, ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА МИРНИЙ ЧАС

Базунова Наталія Вікторівна, провідний науковий співробітник, начальник НДВ медичного постачання, Українська військово-медична академія, полковник м/с,
e-mail: natalyabazunova@ukr.net

Коротченко Віра Вікторівна, канд. біол. наук, доцент, с. н. с. НДВ медичного постачання, Українська військово-медична академія, e-mail: vira1960@meta.ua

Бєлзьорова Оксана Валеріївна, канд. фарм. наук., начальник науково-організаційного відділення, Українська військово-медична академія, підполковник м/с, Українська військово-медична академія, e-mail: nov300@ukr.net

Фіонов Олександр Миколайович, науковий співробітник НДВ медичного постачання, Українська військово-медична академія, майор м/с e-mail: sankofion@gmail.net

Нестеровська Світлана Василівна, м. н. с. НДВ медичного постачання, Українська військово-медична академія, e-mail: vorskla94@ukr.net

Вступ. Чільне місце серед медичних проблем військової медицини в системі Міністерства оборони України посідає проблема відновлення, збереження та зміцнення здоров'я особового складу військових формувань на належному рівні для виконання поставлених завдань. Діяльність медичної служби передбачає постійну адаптацію та оптимізацію надання медичної допомоги військовослужбовцям, зокрема, удосконалення системи забезпечення лікарськими засобами (ЛЗ), яка характеризується й відзначається

значними витратами на фармакотерапію, невідкладну та стаціонарну допомогу, реабілітацію та підвищення якості життя пацієнтів.

Медичне та фармацевтичне обслуговування будь-якої патології, а також реабілітаційних заходів вимагають значних прямих і непрямих витрат для реалізації комплексу завдань за призначенням та забезпечення гарантування ефективного раціонального розподілу порівняно обмежених медичних ресурсів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України.

Накопичений досвід організації медичного оснащення військових медичних закладів (зокрема військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів) та порядок постачання медичного майна в умовах мирного часу в системі Міністерства оборони України постійно потребують періодичного всебічного критичного аналізу з позицій сучасного бачення. Такий аналіз необхідний для унормування та оптимізації усіх ланок з урахуванням істотних, інколи навіть кардинальних, змін перебігу подій зовнішнього середовища та приведення у відповідність згідно норм чинного законодавства, юридично-нормативної бази, а також активного розвитку вітчизняної науки.

Зважаючи на вищенаведене, в системі Міністерства оборони України актуальності набувають комплексні сучасні дослідження, сфокусовані саме на оптимізацію медичного постачання на мирний час медичного майна, у т.ч. лікарських засобів, іншого витратного та інвентарного медичного майна для оснащення закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України: військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України.

Водночас, важливість роботи обумовлена необхідністю реалізації заходів завдань Стратегічної цілі 4, а саме:

“Удосконалення планування з метою ефективного управління силами і засобами медичного забезпечення військ (сил) на відповідних рівнях”,

“Підвищення рівня технічної оснащеності медичних підрозділів та закладів охорони здоров'я сучасною медичною (спеціальною) технікою та апаратурою для надання встановлених видів медичної допомоги”

Мета: визначити істотні аспекти особливостей для обґрунтування оптимізації матеріально-технічного оснащення військових медичних закладів (військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів) в системі Міністерства оборони України у частині постачання медичного майна в умовах мирного часу.

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень слугували науково-інформаційні джерела, публічна інформація органів державної влади: законодавчі та нормативно-правові акти, керівні документи, службові документи, що регулюють загальний комплекс організаційних питань медичного оснащення військово-медичних закладів: військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів медичним майном у системі медичного постачання Збройних Сил України; стандарти та публікації фахових видань щодо теорії і практики у системі постачання медичного майна та медичної техніки в Збройних Силах України.

Методи дослідження – бібліографічний, системно-оглядовий, експертної оцінки, методи структурно-логічного аналізу, порівняльного та системного аналізу.

Результати. Дослідження виконуються в рамках теми науково-дослідної роботи “Обґрунтування переліку та обсягів постачання медичного майна для військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України на мирний час”. Шифр “ТЕРРЕНКУР” (затвердженої станом на 01.01.2021р.).

У процесі виконання науково-дослідної роботи вивчено та здійснено критичний аналіз наявних доступних матеріалів наукових літературних джерел, нормативно-юридичних документів шляхом підбору, аналізу та узагальнення даних воєнно-наукової, нормативної інформації та інших матеріалів з комплексу організаційних питань медичного оснащення військово-медичних закладів: військових госпіталів, військово-медичних

клінічних центрів та санаторно-курортних закладів медичним майном; унормування та методик розрахунків на основі використання медичного майна і техніки, вивчено та проаналізовано організаційно-штатну структуру військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України на мирний час, а також їх можливості щодо надання медичної допомоги, лікувально-профілактичних та санітарно-гігієнічних заходів; вивчено методи формування переліків та обсягів медичного майна; опрацьовано інформаційні дані щодо формування переліків та обсягів медичного майна для військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України на мирний час; сформульовано пропозиції щодо використання результатів роботи, а також окреслено напрями подальших досліджень у даному контексті.

У складних умовах сьогодення медична служба Збройних Сил України вирішує багато чисельні й складні завдання, котрі пов'язані з укріпленням та підтриманням матеріально-технічної бази військової охорони здоров'я, забезпечуючи належний рівень функціонування закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України.

Сучасна система медичного забезпечення ЗС України побудована за територіальним принципом відповідно до наказу Міністра оборони України від 16.11.2016 року №608 "Про затвердження адміністративно-територіальної зони відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення". Відповідно до даного наказу, за кожним ВМКЦ закріплено адміністративно-територіальну зону відповідальності за медичне забезпечення військових частин (закладів) Збройних Сил України. На сьогодні територія України поділена на чотири територіальні зони, в яких відповідальність за організацію медичного забезпечення покладено на відповідні ВМКЦ.

На військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) покладені завдання повного та безперебійного постачання медичним майном військових частин та закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України на мирний час у зоні своєї відповідальності.

Аналіз матеріалів наукових джерел та досвіду військово-медичної служби щодо раціональної витрати ресурсів свідчить, що проблема обґрунтування матеріально-технічного оснащення військових медичних закладів (військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів) в системі Міністерства оборони України у частині постачання медичного майна в умовах мирного часу є складною.

Для успішного вирішення таких складних завдань необхідно враховувати одночасно цілий комплекс особливостей профільної спеціалізації, організаційно-штатної структури та функціонування цих військових медичних закладів в системі Міністерства оборони України, їх можливостей щодо надання медичної допомоги (рівень їхньої медичної організації та структурування в системі медичного забезпечення військ (сил), специфіку виконуваних лікувально-профілактичних, санітарних, протиепідемічних заходів та маніпуляцій, види медичної допомоги тощо), принципів методології та розрахункових можливостей нормування лікарських засобів, витратного та інвентарного медичного майна, динаміку змін та відповідну низку адаптаційних пристосувань.

Тенденції сучасного розвитку і досягнень у медичній та фармацевтичній галузях, характер воєнно-політичної обстановки, фінансово-економічного стан змінюються, тому періодично змінюються й підходи до визначення базових принципів розрахункових величин, показників нормування та структури витрат, використання певних методологічних аспектів (підходів) формування переліків та обсягів медичного майна, призначеного для оснащення військових медичних закладів для удосконалення медичного забезпечення Збройних Сил України.

Інструментом раціональної витрати військово-медичних ресурсів вважається ретельний відбір найбільш ефективних, безпечних та економічно доцільних предметів медичного майна, скорочення витрат на їх придбання, забезпечення максимальної спадкоємності на всіх етапах надання медичної допомоги.

Обґрунтування та розробка переліку та обсягів лікарських засобів, витратного та інвентарного медичного майна для закладів охорони здоров'я Збройних Сил України (військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів) включають:

- дослідження структури пролікованого контингенту за класами захворювань;
- формування переліків та обсягів медичного майна для оснащення;
- визначення обсягів медичного майна для оснащення.

У вітчизняній медичній службі протягом тривалого часу накопичено достатній досвід у системі організації військово-медичного постачання, який свідчить про динамічну мінливість аспектів структури й обсягів формування споживання лікарських засобів (ЛЗ), витратного та інвентарного медичного майна, а також медичної техніки. Тому у зв'язку з цим виникає необхідність періодичного перегляду норм.

Норми – науково обґрунтовані номенклатура і кількість ЛЗ, витратного та інвентарного медичного майна, а також медичної техніки, призначених для проведення протягом певного періоду часу комплексу заходів щодо медичного забезпечення військовослужбовців. Норми постачання ЛЗ військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України на мирний період враховують потребу ЛЗ, іншого витратного та інвентарного медичного майна, а також медичної техніки для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) в умовах повсякденної діяльності, а також для визначення обсягів накопичення запасів такого медичного майна.

За прогнозами військових експертів медичної служби застосування науково обґрунтованих норм медичного майна забезпечить оптимізацію його призначення й використання, уніфікацію номенклатури, сприятиме раціональному та ефективному використанню бюджетних коштів.

Аналіз результатів експертного оцінювання фахівцями медичної служби для умов мирного часу щодо поточних завдань лікувально-діагностичних та лікувально-профілактичних заходів медичного забезпечення військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України, особливостей їхньої організаційно-штатної структури, видів та обсягів медичної допомоги та лікувально-профілактичних заходів надає змогу визначити особливості матеріально-технічного оснащення медичним майном цих військово-медичних закладів та забезпечити відповідним нормативно-правовим супроводом діяльності.

Норми постачання ЛЗ у ЗС України на мирний період враховують таку потребу у ЛЗ, що враховує надання необхідної медичної допомоги у повному обсязі та лікування хворих в умовах повсякденної діяльності, у т. ч. для визначення обсягів накопичення запасів ЛЗ.

Обов'язковою умовою при розробці норм є їх гармонізація, уніфікація та стандартизація на мирний час для однотипних лікувальних закладів і підрозділів та рівнів надання медичної допомоги. Існуючі підходи нормування враховують факторний вплив на ознаку, серед яких, зокрема, відзначаються такі: – чисельність обслугованого контингенту пацієнтів; – кількість і кваліфікація персоналу; – кількість штатних ліжок у відділенні.

Методологія нормування будь-якого зразка витратного або інвентарного медичного майна передбачає забезпечення вибору найбільш ефективного з них з урахуванням кон'юнктури фармацевтичного ринку та економічних можливостей держави, гарантій відповідності нормативній документації, теорії й практики доказової медицини, досягнутому рівню розвитку охорони здоров'я, виробничим можливостям вітчизняної фармацевтичної промисловості та їх використання у специфічних умовах діяльності медичної служби, а також для оперативного матеріально-технічного забезпечення медичних підрозділів і військових частин, потреб військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України.

Для потреб військових госпіталів, Військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів Збройних Сил України, враховуючи низку особливостей, під

час і в процесі нормування повинен працювати принцип динамічної адаптації норм, що означає можливість регулярного оновлення номенклатури та кількісних показників з урахуванням сучасних досягнень у медичній та фармацевтичній галузях із залученням потенціалу безпосередніх споживачів медичного майна – фахівців з військової медицини, з метою своєчасної адаптації норм до змінних умов функціонування медичної служби Збройних Сил України.

Отже, з одного боку традиційні підходи не співпадають із встановленими сучасними стандартами, змінами вимог правових актів, тому, з іншого боку, варто інтегрувати низку базових традиційних принципів та гармонізувати й впорядкувати існуючу сучасну номенклатуру використовуваних зразків медичного майна, застосовуючи сучасні наукові методики для їх нормування, раціонального та ефективного розподілу, проведення відповідного клініко-економічного аналізу для обґрунтованого вибору лікарських засобів, витратного та інвентарного медичного майна для застосування в умовах військово-медичної служби.

Висновки

Особливості забезпечення медичним майном військово-медичних закладів в системі Міністерства оборони України відображають і наближені до сучасного рівня розвитку світової медичної і фармацевтичної науки та практики, сучасних стандартів надання медичної допомоги, уніфікації й стандартизації визначення потреби медичного майна на мирний час.

1. Удосконалення планування оснащення медичним майном військово-медичних закладів: військових госпіталів, військово-медичних клінічних центрів та санаторно-курортних закладів в системі Міністерства оборони України на мирний час можливо досягти запровадженням у практику сучасних методів нормування медичного майна на основі моніторингу стану надання медичної допомоги силами і засобами медичного забезпечення військ (сил) на відповідних рівнях, раціонального використання медичного майна, оптимізації асортиментної політики, актуалізації нормативно-правової бази.

2. Ефективне управління силами і засобами медичного забезпечення військ (сил) на відповідних рівнях ускладнюється низкою чинників соціального, медичного та економічного характеру, серед яких найсуттєвіше значення мають інтенсивний розвиток вітчизняного ринку медичних технологій, оснащення та ринку лікарських засобів, нестабільність бюджетного фінансування, перебіг процесів реформування ЗС України.

3. Для оптимізації номенклатури медичного майна варто максимально скоротити його кількість до необхідних обґрунтованих стандартів, залишаючи лише такі, профіль безпеки яких доведено доказовою медициною, що сприятиме раціональному використанню бюджетних коштів.

4. Через порівняно швидку динаміку втрати актуальності нормуючих документів у зв'язку з активним розвитком сучасної медичної та фармацевтичної наук для наукового обґрунтування слід застосовувати та впроваджувати нові організаційно-методичні підходи.

Список літератури

1. Наказ Міністра оборони України від 16.11.2016 р. №608 “Про затвердження адміністративно-територіальної зони відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення”

2. Наказ Міністерства оборони України від 23.03.2017 р. №168 “Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України”.

3. Наказ Міністерства оборони України від 11.05 2017 р. №261 “Про затвердження Порядку постачання медичного майна Збройними Силами України в мирний час”.

4. Наказ начальника Генерального штабу – Головнокомандувача Збройних Сил України від 4 вересня 2014 р. №221 “Про затвердження Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України”. – Київ, 2014. – 19 с.

5. Базунова Н.В. Аналіз методик нормування лікарських засобів на особливий період / Н.В. Базунова, А.М. Галушка, І.П. Семенів // Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць УВМА. – Випуск 40. – Київ, 2013. – С. 21-32.
6. Белозьорова О.В. Порядок нормування лікарських засобів при наданні кваліфікованої хірургічної допомоги військовослужбовцям / О.В. Белозьорова, О.П. Шматенко // Фармацевтичний журнал. – 2019. – №1. – С. 20-28.
7. Коротченко В.В. Проблематика нормування лікарських засобів для постачання військових госпіталів на мирний час / В.В. Коротченко, В.С. Гульпа, Н.В. Базунова / Тези VI наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів», 10-11 листопада 2016 р., Тернопіль. – 2016. – С. 216-217.
8. Кивлюв В.С. До питання матеріально-технічного та медичного забезпечення Збройних Сил України / В.С. Кивлюв // Наука і оборона. – 2007. – №2. – С. 33-37.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АСОРТИМЕНТНОЇ МАТРИЦІ ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТА РАНОВИХ ПОКРИТТІВ У СИСТЕМІ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

Приходько Т.В., к.фарм.н., доц., доцент кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, tetianavf@ukr.net
Васильєв Л.Д., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Соціальна значущість проблеми формування асортименту медичних виробів для забезпечення належної якості лікувально-діагностичного процесу як у системі аптечних закладів, так і системі військово-медичного постачання, обумовлена важливістю реалізації права громадян України на охорону здоров'я, зафіксованого Конституцією України та іншими нормативно-правовими документами. Ключовим фактором підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям є використання медичною службою Збройних Сил оптимальної номенклатури сучасних ефективних перев'язувальних засобів та ранових покриттів, ринок яких має тенденцію до зростання [7]. Вищенаведене обумовлює актуальність розробки та запровадження у діяльність підрозділів військово-медичного постачання сучасної методології формування асортиментної матриці перев'язувальних засобів та ранових покриттів.

Мета роботи: здійснити аналіз підходів до формування асортиментної матриці перев'язувальних засобів і ранових покриттів та розробити алгоритм її формування для потреб військової медицини в Україні.

Матеріали і методи. Аналіз підходів щодо організації постачання медичних виробів для забезпечення визначених рівнів та обсягів медичної допомоги у Збройних Силах України здійснений на підставі керівних документів з медичного забезпечення Збройних Сил [3, 4]. Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати. У маркетингу під асортиментом товарів тривалий час розуміли їх сукупність, що може формуватися різними способами – для певної сфери застосування, для продажу у визначеному ціновому інтервалі, для реалізації цільовим категоріям споживачів тощо. Разом з тим на сучасному етапі, у контексті системного підходу до формування маркетингових стратегій, перевага надається визначенню «асортиментна політика», як процесу визначення якісних та кількісних орієнтирів для розробки асортиментних планів і формування на їх основі самого асортименту товарів чи послуг [2, 5]. У фармації характеристики асортименту набувають відчутної специфічності, яка обумовлюється нормативно-правовими засадами реалізації товарів аптечного асортименту – першочерговим є наявність обов'язкового асортиментного мінімуму і лише у другу чергу – тенденції розвитку ринку, конкурентоспроможність, попит та рівень прибутковості при реалізації товарів [1]. В системі цивільної фармації тактика вибору товарів для формування

асортиментної політики аптечного закладу залежить, головним чином, від ціни медичного виробу, наявності попиту на певні категорії товарів, сертифікації продукції, умов поставок та розрахунків з постачальниками. Базовими кількісними критеріями формування асортименту в аптеці є швидкість руху окремих товарних позицій та прибутковість від їх реалізації [1, 5].

Фармацевтичні підрозділи та заклади у системі військової медицини, на відміну від цивільних аптечних закладів, не займаються реалізацією лікарських засобів та медичних виробів, а здійснюють постачання медичним майном військових частин, з'єднань або закладів охорони здоров'я МО. Саме тому метою асортиментної політики слід вважати забезпечення надання встановлених рівнів та обсягів медичної допомоги особовому складу або пораненим та хворим, які надходять до лікувальних закладів чи на етапи медичної евакуації, що регламентується Керівництвом з медичного забезпечення Збройних Сил України, Керівництвом з організації постачання медичною технікою та майном Збройних Сил України у мирний час [3, 4]. Узагальнення та аналіз вищезазначених нормативних документів дозволив визначити, що базовим підходом у реалізації асортиментної політики є оптимізація розподілу наявного бюджетного фінансування, критерієм ефективності доцільно обрати збалансованість асортименту з точки зору якості надання встановлених нормативними документами Міністерства Оборони рівнів та обсягів медичної допомоги військовослужбовцям. Для забезпечення формування асортиментної політики у системі військово-медичного постачання доцільно застосовувати методи портфельного аналізу; метод АВС-XYZ-аналізу та методику бальної оцінки параметрів товарів, представлених в асортиментній матриці [2, 6, 7].

Результати здійсненого в подальшому порівняльного аналізу складових формування та реалізації асортиментної політики у системі військової та цивільної фармації, дозволив визначити, що основними факторами формування асортиментної політики постачання перев'язувальних засобів та ранових покриттів у системі військової медицини слід вважати: нормативний фактор - застосування медичного виробу при наданні певного виду допомоги згідно з клінічними протоколами/настановами; - внесення медичного виробу до таблицю до штату або складу комплектно-табельного оснащення; маркетинговий фактор - пропозиція на ринку; - можливість виробництва медичного виробу вітчизняними виробниками в мирний час та у особливий період; логістичний фактор - процес постачання медичного виробу; - особливості організації зберігання медичного виробу та його поновлення в непорушному запасі.

Заключним етапом дослідження стало опрацювання алгоритму формування асортиментної матриці перев'язувальних засобів та ранових покриттів у системі військової медицини, що складається з трьох послідовних етапів: I - метод портфельного аналізу – формування асортиментного портфеля перев'язувальних засобів та ранових покриттів як цілеспрямованої сукупності номенклатури, що за складом і структурою відповідає стратегії постачання військово-медичних закладів та підрозділів на визначений період функціонування медичної служби ЗС (мирний час або особливий період); II - метод АВС-XYZ-аналізу - формування кластерів номенклатури перев'язувальних засобів і ранових покриттів на підставі визначеного рейтингу кожного асортиментного найменування в асортиментному портфелі за ступенем важливості в забезпеченні визначених рівнів та обсягів медичної допомоги; III - методика бальної оцінки – оцінювання та подальше ранжування експертами параметрів перев'язувальних засобів і ранових покриттів, представлених в асортиментній матриці.

Висновок. Основними факторами формування асортиментної політики постачання перев'язувальних засобів та ранових покриттів у системі військової медицини є нормативний, маркетинговий та логістичний. Опрацьовано алгоритм формування асортиментної матриці перев'язувальних засобів та ранових покриттів у системі військової медицини на основі послідовного застосування методів портфельного аналізу, АВС-XYZ-аналізу та методики бальної оцінки експертами.

Список літератури

1. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник (ВНЗ IV р. а.) / Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк, О.Р. Левицька та ін.; за ред. Б.П. Громовика. К : «Медицина», 2008. 752 с.
2. Кайкова Т.Л. Економічний зміст поняття «асортиментна політика». Концепт. 2016. № 9 (вересень). С.168-173.
3. Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України / за ред. Андронатія В.Б., Клівенка Ю.Ф. Київ : НДІ ПВМ УВМА, 2013. 425 с.
4. Керівництво з організації постачання медичною технікою та майном Збройних Сил України у мирний час: Методичні вказівки / Бабунова Н.В., Белозьорова О.В., Голюк О.В., Гринчук І.Г. та ін. – К.: УВМА, 2016. 48 с.
5. Кузьменко А.В., Перець К.Г. Аналіз ефективності управління товарним асортиментом // Економіка та управління підприємствами, 2019. вип. 31. С.295-299.
6. Чимирис О. Товарний асортимент та якість прибутків: взаємозв'язок та взаємозалежність / О. Чимирис // Торгівля і ринок України. – 2002. – Вип. 13. – Т. 2. – С. 186-192.
7. Wound Care Market by Product (Foams, Hydrocolloids, Alginates and other). Global Forecast to 2024/ <http://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/WoundCare>.

ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ОСНОВИ МАЗІ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

Тарасенко В.О., д.фарм.н., доц., ст. викладач кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів (фармацевтів), Українська військово-медична академія, м. Київ, vika_tarasenk83@ukr.net

Нерсисян І. О., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Лікування ран і ранової інфекції вимагає не тільки глибоких знань теорії патогенезу ранового процесу, мікробіології гнійної рани і комплексу показників оцінки ефективності місцевого лікування, але і достатньої підготовки в області топографічної анатомії, клінічної діагностики і відновної хірургії.

Пошук активних і допоміжних речовин з урахуванням фізіологічних особливостей ранової поверхні, що направлено діють на кожний із даних факторів, – є пріоритетним напрямком біофармації з розробки та розширення номенклатури вітчизняних м'яких лікарських засобів при лікуванні ранового процесу.

У військовому конфлікті сьогодні інфекційні ускладнення зустрічаються у 25-35% поранених, вогнепальні поранення мають змішану флору, а також некротичні тканини, які сприяють розвитку інфекційного процесу. Зачний вплив на розвиток раньової інфекції мають такі чинники: функціональний стан травмованих тканин, мікробне забруднення тканин – кількість мікробів у 1 гр тканини, взятої із глибини рани повинно перевищувати «критичний рівень» (105-106 бактерій); наявність у рані сторонні тіл. У вогнепальних ранах переважає, як правило, грамнегативна мікрофлора. Збудником раньової інфекції умовно – патогенні аеробні мікроорганізми, що постійно співіснують з організмом людини-стафілакоки, стрептококами, кишкова паличка, протей, клебсієли, синьогнійна паличка, кластридії, фузобактерії. Більшість раньових інфекційних ускладнень за етіологією є змішаними аеробно-анаеробними. У 80 % причина нагноєння – асоціації мікробів з неклостридіальною або клостридіальною анаеробною інфекцією [2, 6].

Вищенаведене обумовлює актуальність розробки сучасного м'якого лікарського засобу комплексної дії вітчизняного виробництва для місцевого лікування ран, а саме мазі, що має антибактеріальні, протизапальні та місцевоанестезуючі властивості та не вимагає частой зміни у процесі лікування військовослужбовців.

Мета роботи: обґрунтування складу основи мазі комплексної дії для місцевого лікування ран з урахуванням сучасних досягнень фармацевтичної технології та подальшим

встановленням відповідності вимогам Державної Фармакопеї України (ДФУ) для потреб військової медицини.

Матеріали і методи. Матеріалами слугували активні фармацевтичні інгредієнти, допоміжні речовини. Технологічні, фізико-хімічні та біофармацевтичні показники мазі визначали за загальноприйнятими методиками згідно ДФУ [5, 7].

Результати. Обґрунтування складу основи. Сучасні біофармацевтичні дослідження лікарських препаратів для місцевого застосування довели, що при обґрунтованому виборі носія можливо забезпечити виражену, а інколи і підсилену дію введених до його складу лікарських речовин. Авторами (Давтян Л. Л., Тарасенко В. О., 2019) в клінічну практику для лікування ранового процесу впроваджені нові мазі на поліетиленовій основі (комбінації поліетиленоксидів з молекулярною масою 400 і 1500). Поліетиленоксиди володіють низькою токсичністю і вираженими осмотичними властивостями [3, 9].

В працях (Жадинский А. Н., 2012; Зозуля І. С., 2013) описано, що безпосередній інтерес викликають комбіновані мазі на поліетиленоксидній основі, які відрізняються від традиційних препаратів перш за все багатонаправленістю дії. Зокрема, дані препарати дозволяють керувати інтенсивністю і напрямом процесу дифузії при аплікаціях препаратів на рану з метою диференційованого їх застосування в різних стадіях ранового процесу. Автори вважають, що в даний час підвищення ефективності профілактики і лікування інфекційних ускладнень ран неможливо без принципово нових комбінованих мазей на сучасних основах, що містять високоефективні антимікробні препарати: левоміцетин (левосин, левомеколь); діоксидин (5 % діоксидинова мазь, діоксиколь); нітазол (нітацид) [1, 9]. Крім того, до складу нових мазей вводять такі препарати, як тримекаїну гідрохлорид – з метою забезпечення знеболюючого ефекту мазі і метилурацил, що володіє анаболічною і антикатаболічною активністю з метою стимуляції процесів клітинної регенерації [2, 6].

Дослідження осмотичних властивостей модельних зразків основ. У досліджах *in vitro* методом діалізу через напівпроникну мембрану визначено, що досліджувані зразки основ проявляють осмотичну активність протягом 24 год. Через 24 год експозиції осмотична активність складає $110,7 \pm 4,23$ % і $118,3 \pm 4,9$ % відповідно для зразків мазі плацебо і мазі.

Обґрунтування вибору емульгаторів для стабілізації гідрофільної основи. Багатьма дослідженнями у працях [2, 6] доведено, що емульгатори відіграють ключову роль у фармакодинаміці емульсійних препаратів. Наявність поверхнево-активних речовин у складі м'яких лікарських форм завжди позитивно впливає на процеси всмоктування активних фармацевтичних інгредієнтів, в більшій мірі сприяє проявленню її активності. Дослідженнями ряду авторів [3] доведено, що отримати стійку емульсію із задовільними споживчими показниками і в'язко-пластичними характеристиками можливо при концентрації масляної фази 20 %.

В працях авторів [6, 9] зазначено, що стабільність і найкращі пластично-в'язкі і тиксотропні властивості емульсій забезпечує використання сумішей поверхнево-активних речовин першого та другого роду у певних співвідношеннях, залишаючи постійною їх загальну концентрацію (8 %). У зв'язку з цим при виборі емульгаторів для стабілізації емульсії нами досліджувалась залежність реологічних показників емульсій від природи, співвідношення і кількості емульгаторів першого та другого роду. Для коректності досліджень змінювали природу поверхнево-активних речовин при постійній їх загальній концентрації 8%, як і вміст всіх інших компонентів (масло вазелінове – 20,0 %, ПЕО-1500 – 1,0 %, ПЕО-400 – 4,0 %, гліцерин – 5,0 %, вода очищена – до 100 %).

Висновок. Узагальнюючи накопичений досвід лікування ран та сучасні уявлення про перебіг ранового процесу і біологію рани, зроблено висновок, що успішна профілактика і швидке лікування означеного патологічного стану можливі при комплексному підході та використанні загальних заходів. Суттєво підвищити ефективність лікування ранової інфекції дозволить використання розробленої авторами комбінованої мазі, склад якої науково обґрунтований відповідно патогенезу ранового процесу з урахуванням його фази і характеру мікрофлори.

Список літератури

1. Воєнно-польова хірургія. За ред. проф. Заруцького Я. Л., проф. Білого В. Я.: підручник. Київ : Фенікс. 2018. 544 с.
2. Волков А. О., Большакова Г. М. Мікрофлора гнійних ран та сучасні підступи до застосування антисептиків в хірургічній практиці. *Annals of Mechnikov Institute*. 2009 ; (2) : 19-23.
3. Гармаев Б. Н. Ранозаживляющее действие мазей с экстрактом *Pentaphylloides fruticose* O. Schwarz : дис... канд. мед. наук. Улан-Удэ, 2017. 112 с.
4. Горицький В. М., Сметаніна К. І. Сучасний підхід до оптимізації технології олеогелів ранозагоюючої дії. *Медична гідрологія та реабілітація*. 2012 ; 2(10) : 103-106.
5. Державна фармакопея України. Державна служба лікарських засобів і виробів мед. призначення. Харків, 2008. 1-е вид. Розділ «М'які лікарські засоби для місцевого застосування». С. 507-511.
6. Жадинский А. Н., Жадинский Н. В. Лечение гнойных ран в первой фазе раневого процесса. *Український журнал хірургії*. 2012 ; 2(17) : 109-114.
7. Жогло Ф. А. Неводні розчинники: характеристика, властивості та застосування в технології готових лікарських форм. Львів. 2002.
8. Зозуля І. С., Слонецький Б. І., Максименко М. В. та ін. Рани: загальні поняття, діагностично-лікувальні підходи на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах : навч. посібник. Вінниця : ТОВ Меркьюрі Поділля. 2013. 78 с.
9. Патент 142740 Україна, МПК6 А 61 К 9/00. Лікарський засіб у формі крему комплексної антимікробної протизапальної та анестезуючої дії / Л. Л. Давтян, В. О. Тарасенко, А. О. Дроздова, О. П. Шматенко. № u 2019 12252; заявл. 26.12.19; опубл. 25.06.2020. Бюл. № 12.

ВИВЧЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ КОМПОЗИЦІЇ У ФОРМІ КРЕМУ

Луцька Анна Василівна, молодший науковий співробітник науково-дослідного відділу (медичної стандартизації та метрологічного забезпечення) Науково-дослідного інституту проблем військової медицини, Українська військово-медична академія, м. Київ
Luzkaya@ukr.net

Вступ. Використання м'яких лікарських форм (МЛФ) є найбільш прийнятним видом лікування в дерматології, а також широко – в офтальмології, отоларингології, гінекології, стоматології та інших сферах. Тому актуальними питаннями залишаються вдосконалення технології МЛФ, розробки їх основ. Завдяки сучасним технологіям та різноманітності ексципієнтів з різними властивостями можна модифікувати різні характеристики МЛФ, а також досягти бажаного фармакокінетичного результату [1, 8].

Підбір складу та вивчення технології виготовлення МЛФ значною мірою ґрунтується на виборі відповідної основи. У свою чергу, основа, її якісні та кількісні показники гарантують необхідний майбутній терапевтичний ефект [8].

При виборі основи та допоміжних речовин необхідно враховувати низку умов, які відіграють важливу роль у життєвому циклі ліків: відповідати вимогам та призначенню МЛФ, вимогам мікробіологічної чистоти до нестерильних лікарських форм, підбір повинен проводитися цілеспрямовано щодо місця нанесення, тривалості використання, відповідати біофармацевтичним вимогам технології виготовлення м'яких лікарських форм [7].

Мета роботи. Вивчення фізико-хімічних властивостей фармацевтичної композиції у формі крему з сучасними допоміжними речовинами.

Матеріали та методи. Нами використані фармакотехнологічні, фізико-хімічні, біофармацевтичні, методи дослідження згідно ДФУ [2-6].

Випробування фармацевтичної композиції проводили згідно методик, наведених у ДФУ I вид., розділ «М'які лікарські засоби для місцевого застосування» [2].

Результати дослідження. Вивчення фізико-хімічних показників фармацевтичної композиції у формі крему проведено на зразках як безпосередньо після їх виготовлення, так і тих, що були витримані 6 місяців в різних умовах зберігання, відповідно вимог ДФУ. Дослідження впливу АФІ на фізико-хімічні показники фармацевтичної композиції у формі крему проводили в порівнянні з плацебо.

Осмотична активність крему. Осмотичну активність фармацевтичної композиції досліджували з використанням методу діалізу через напівпроникну мембрану. Як середовище для діалізу використовували воду.

Кислотно-лужний баланс. Важливим фактором стабільності мікроекосистеми піхви є її фізіологічне значення, що дорівнює рН = 5,5-7,0.

При проведенні дослідження щодо вивчення рН опрацьованої композиції рН 5 % водного розчину зразків, що визначали потенціометричним методом безпосередньо після виготовлення і в процесі зберігання протягом 6 місяців при різних температурних режимах, згідно вимог ДФУ.

Термо- та колоїдна стабільність мазі та гелю. Однією із вимог до МЛЗ є термо- та колоїдна стабільність в процесі їх зберігання, що особливо важливо для емульсійних систем.

Досліджували зразки, що були отримані як безпосередньо після виготовлення, так і ті, що зберігались протягом 6 місяців в природних умовах при температурах згідно ДФУ. Експериментальними дослідженнями встановлено, що у жодній пробірці не спостерігалось розшарування, тобто всі опрацьовані зразки виявились стабільними.

Висновок. На основі фізико-хімічних досліджень встановлено специфікаційні показники якості розробленої фармацевтичної композиції. Доведено, що консистенція запропонованого крему є задовільною, термо- і колоїдностабільною: рН в межах 5,5-7,0.

Список літератури.

1. Біофармація: підруч. для студентів вищ. фармацевт. навч. закл. і фармацевт. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / О. І. Тихонов, Т. Г. Ярних, І.А.Зупанець [та ін.]. – Харків : НФАУ: Золоті сторінки, 2010. – 238 с.
2. Державна фармакопея України. Державна служба лікарських засобів і виробів мед. призначення. Харків, 2008. 1-е вид. Доповнення 2. Розділ «М'які лікарські засоби, що знаходяться під тиском». С. 311-312.
3. Державна фармакопея України. Державна служба лікарських засобів і виробів мед. призначення. Харків, 2008. 1-е вид. Розділ «М'які лікарські засоби для місцевого застосування». С. 507-511.
4. Державна фармакопея України. Державна служба лікарських засобів і виробів мед. призначення. Харків, 2008. 1-е вид. Доповнення 2: введено в дію 1 лютого 2008 р. Наказом МОЗ України від 29 січня 2008 р. № 33. С. 298-301, 312-315.
5. Державна фармакопея України. ДП «Науково-експертний фармакопейний центр». 1-е вид. Доповнення 1. Харків: РІРЕГ, 2004. 494 с.
6. Державна Фармакопея України: в 3-х томах Державне підприємство «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». Харків: Державне підприємство «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів», 2015. 2-е вид. Т.1: введено в дію з 1 січня 2016 р. наказом МОЗ України від 8 грудня 2015 року № 830. 1128 с.
7. Допоміжні речовини в технології ліків: вплив на технологічні, споживчі, економічні характеристики і терапевтичну ефективність : навч. посіб. для студентів вищ. фармацевт. навч. закл. / авт.-уклад. : І. М. Перцев, Д. І. Дмитрієвський, В. Д. Рибачук [та ін.]. – Харків: Золоті сторінки, 2010. – 598 с.
8. Фармацевтическая технология экстенпоральных лекарственных средств : [учеб.] для студентов фармацевт. фак. / под ред. В. В. Гладышева. – Днепропетровск: Экономика, 2014. – 375 с.

ВИВЧЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ У ФОРМІ КРЕМУ

Остащенко Тетяна Миколаївна, командувач Мидичних сил Збройних сил України, м. Київ,
Luzkaya@ukr.net

Вступ. В сучасних реаліях проблема лікування ран залишається одним із пріоритетних напрямків медицини.

Незважаючи на давність історії пошуку препаратів для лікування ран, дана проблема не втрачає своєї актуальності і сьогодні. Фармацевтична промисловість виробляє великий асортимент лікарських засобів аплікаційної терапії для лікування ран. Однак даний асортимент не в повній мірі задовольняє потреби практичної медицини. Це обумовлено тим, що змінюється філософія лікування ранового процесу: для загоєння ран потрібне вологе середовище. Інакше кажучи, на другий план відходять препарати з гіперосмотичною активністю. Крім того, змінюється/поповнюється асортимент допоміжних речовин, що використовуються для отримання певної лікарської форми. Завдяки допоміжним речовинам регулюється терапевтична ефективність лікарського засобу [1]. Тобто допоміжні речовини як фармацевтичний фактор, може цілеспрямовано впливати на властивості ЛФ для місцевого застосування – змінювати кінетичні характеристики діючих речовин, полегшувати їх розподіл на поверхні, забезпечувати пролонгування терапевтичної дії, тощо [6].

Мета дослідження – вивчення гострої токсичності комбінованого лікарського засобу у формі крему для лікування ранового процесу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося з дотриманням принципів Директиви 2010/63/EU Ради ЄС «Про охорону тварин, що використовуються з науковою метою» (Брюссель, 2010) та «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Київ, 2001), що узгоджені з Європейською конвенцією про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальної та іншої наукової мети (Страсбург, 1985) та Етичним Кодексом Всесвітньої Медичної асоціації (Гельсінкі, 1964) на базі Навчально-наукового інституту прикладної фармації Національного фармацевтичного університету відповідно до методичних рекомендації ДФЦ МОЗ України [2-5].

Результати дослідження. Спостереження за тваринами після одноразового нанесення препарату показало відсутність набряку та подразнення шкіри тварин. В групі тварин 1 – 3, що отримали дозу 2500 – 7500 мг/кг не була відмічена загибель тварин. Однак тварини, що отримали дозу 10000 мг/кг препарату, деякі щурі були малоактивними та починаючи з 2-3 доби ставали млявими і відмовлялися від їжі. Починаючи з 5 доби відновилась їх активність та споживання їжі.

Результати проведених досліджень гострої токсичності препарату показав, що для тварин препарат у дозі 2500 мг/кг - 10000 мг/кг є нетоксичними. Загибель тварин не спостерігалась в жодній групі. Симптоми подразнення шкіряних покривів були відсутні. Шкіра тварин мала звичайний вигляд, не спостерігалось гіперемії, подразнень, набряку, виразок тощо. Таким чином, ЛД₅₀ крему при нанесенні на шкіру встановлено на рівні > 10000 мг/кг.

Висновок. Комплекс проведених досліджень з вивчення гострої токсичності крему на щурах дозволив встановити відсутність токсичної дії препарату при нашкірному шляху введення (ЛД₅₀>10000 мг/кг). Згідно з класифікацією речовин за токсичністю, препарат належить до V класу токсичності речовин – практично нетоксичні речовини при внутрішньошлунковому введенні.

Список літератури.

1. Закон України "Про лікарські засоби" (із змінами) № 124/96-ВР від 4 квітня 1996 року.
2. Доклінічні дослідження лікарських засобів: Методичні рекомендації / За ред. членкор. АМН України О. В. Стефанова. – К. Авіцена, 2001.– 528 с

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.12.2009 № 944 "Про затвердження Порядку проведення доклінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів", зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 19.01.2010 р. за № 53/17348.

4. Настанова. Лікарські засоби. Належна лабораторна практика / О. Стефанов, Т. Бухтіарова, В. Коваленко та ін. - Київ, МОЗ України, 2009.

5. European convention for the protection of vertebral animals used for experimental and other scientific purpose: Council of Europe 18.03.1986. — Strasbourg, 1986. — 52 p.

6. Технологія ліків промислового виробництва: підруч. для студентів вищ. навч. закл.: у 2 ч. / В. І. Чуєшов, Є. В. Гладух, І. В. Сайко [та ін.]. – Вид. 2-ге, переробл. і допов. – Харків : НФаУ: Оригінал, 2012. – Ч. 1. – 693, [1] с.

DEVELOPMENT FEATURES OF THE COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF SUPPOSITORIES WITH BLACK CUMIN OIL

Tarassenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarassenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com

Department of pharmacy and industrial drug technology

Ayman Benbahloul, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. One of the most important problems of medicine is prevention and treatment of diseases of the rectum, hemorrhoids. Today, the therapeutic means of therapy for this disease are aimed at eliminating symptoms, for example, the use of ointments and suppositories, which include anesthetics; pararectal novocaine blocks, tampons with oil, etc. The surgical way of treatment is very unpopular, because after surgical interventions, patients, as a rule, lose their ability to work for quite a long time.

The range of drugs used in proctology and currently produced by domestic and foreign industry does not meet the needs of modern practical medicine[1,3],.

Thus, the creation of domestic drugs for use in proctology is an actual area of pharmacy. A promising domestic biologically active substance for the creation of a new rectal medicinal product is black cummin oil, which has anti-inflammatory, reparative, antimicrobial and capillary-strengthening effects.

The purpose of the work. The purpose of the research was to develop a scientifically based composition and manufacturing technology of a rectal dosage form in the form of suppositories for proctology based on the study of their physicochemical, biopharmaceutical, microbiological, rheological and pharmacotechnological properties.

Materials and methods: Organoleptic, technological, physico-chemical research methods were used to solve the problems, which allow to objectively and fully evaluate the quality indicators of the developed rectal dosage form in the form of rectal suppositories on the basis of experimentally obtained and statistically processed results.

The results.

Suppository bases and surfactants, which are widely used in the industrial and pharmaceutical production of soft dosage forms, were studied as carriers for the rectal dosage form with Black Cummin oil. Suppositories were prepared by the pouring method using The average weight of suppositories on lipophilic bases was 1.3 g, and on polyethylene oxide - 1.6 g. The concentration of surface-active substances in all experiments was 2.5% of the weight of suppositories, the oil content was 0.6 g in each suppository. The study was conducted according to the plan of two-factor analysis of variance with repeated observations[2].

The degree of destruction of the structure of the studied systems in the process of irreversible deformations was estimated by the value of "mechanical stability", which was calculated as the ratio of the strength limit of the system structure before destruction to the value of the strength limit of the structure after destruction[4].

The rheogram of the flow of the suppository mass with Black cumin oil at body temperature is presented in Fig. 1.

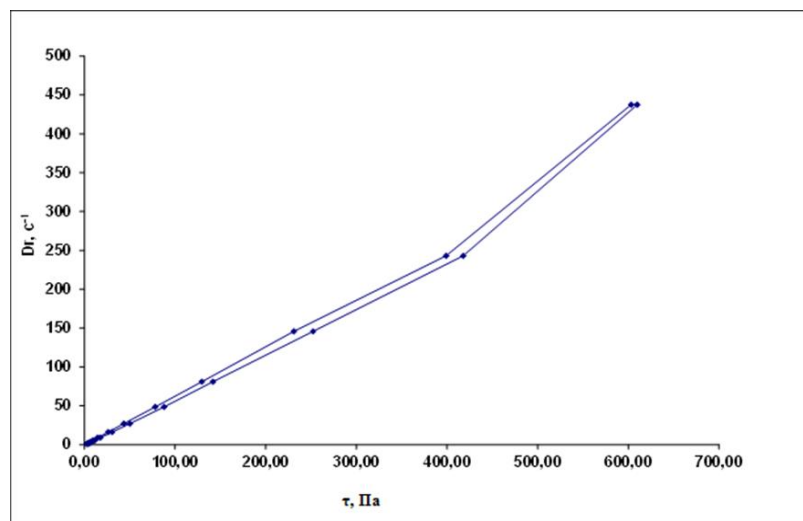


Fig. 1. Rheogram of developed suppositories

Analysis of the rheogram shows that a so-called "hysteresis loop" is formed by the ascending and descending branches, which convincingly proves the presence of coagulation bonds in the structure of the suppository mass, which are restored after destruction.

Conclusions. The identified thixotropic properties of the suppository mass with Black cumin oil at body temperature indicate its uniform distribution in the suppository composition.

List of references

1. Technological aspects of creating rectal forms/ S. Weinstein, P. Qaqundah, G. Georges, A. Nayak // *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019. Vol. 102, № 4. P. 339-347
2. Krowczynski L. Metody analityczne stosowane w badaniach biofarmaceutycznych / L. Krowczynski, H. Krasowaka // *Biul. Inform. Inst. przem. pharm.* 2020. T. 23, № 3. – S. 284-293.
3. Intranasal delivery / P. Daniel, J. Wermeling, A. Miller [et al.] // *Drug Delivery technology.* 2021. V. 2, № 1. P. 13-21.
4. Wells S. M. Pharmacokinetics of butorphanol in cats after intramuscular and buccal transmucosal administration / S. M. Wells, L. E. Glerum, M. G. Papich // *Am. J. Vet. Res.* 2019. Vol. 69, № 12. P. 1548-1554.

DEVELOPMENT FEATURES OF THE OLIGOGEL WITH OXYCOCI MICROCARPI AND BETULAE PENDULAE EXTRACTS

Tarassenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarassenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com

Department of pharmacy and industrial drug technology

Ali Ayman, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine Kyiv, Ukraine

Actuality. The water-lipid mantle is a film on the stratum corneum epidermis. Often, the water-lipid mantle is called a "line first contact" or "first skin barrier".

The water-lipid mantle forms a barrier that has of fundamental importance for the appearance of the skin. She provides mechanical stability of the skin, prevents washing hydrophilic complexes from the epidermis, provides resistance to external irritants of a chemical nature, gives the skin its smooth, opaque, solid appearance[2,3].

The purpose of the work. The goal of our work was the development of an original product based on bodiaga, namely oligogel for the face. The oligogel being developed is intended for the restoration of the hydrolipid mantle of the skin, as well as for enhanced desquamating action due to oxycinnamic acids, which are part of the extracts. This product is prescribed for the care of problematic and sensitive skin.

Materials and methods: to carry out a complex of technological, physical and chemical researches for the purpose of a choice and a substantiation of optimum structure of a oligogel for the person of anti-aging care

The results. Of the two studied gel bases ("Aristoflex AVC" and sodium alginate), sodium alginate gel will be optimal for the broken oligogel, as it additionally moisturizes the skin and forms a denser film that will not be immediately absorbed[1,4].

The addition of such a significant amount of plant extracts can cause partial dehydration of the base, which, accordingly, will lead to the deterioration of the structural-mechanical, consumer and other properties of oligochar. There is also a problem with the use of hydrophilic oligogels, which is the evaporation of moisture on the warm surface of the skin. To reduce the impact of these undesirable factors, we mixed plant extracts *Oxycoci microcarpi* and *Betulae pendulae* extracts with hydrophilic non-aqueous solvents.

Based on the results of research on the wetting of bodiag powder, it is rational to use a combination of *Oxycoci microcarpi* and *Betulae pendulae* extracts in a total concentration of 10%. A smaller amount of *Oxycoci microcarpi* and *Betulae pendulae* extracts was completely absorbed by the powder, and a larger amount formed a film that impaired the application of the oligogel on the skin surface (no irritating effect).

The resulting rheograms of gels formed under the influence of different amounts of components are presented in fig. 1

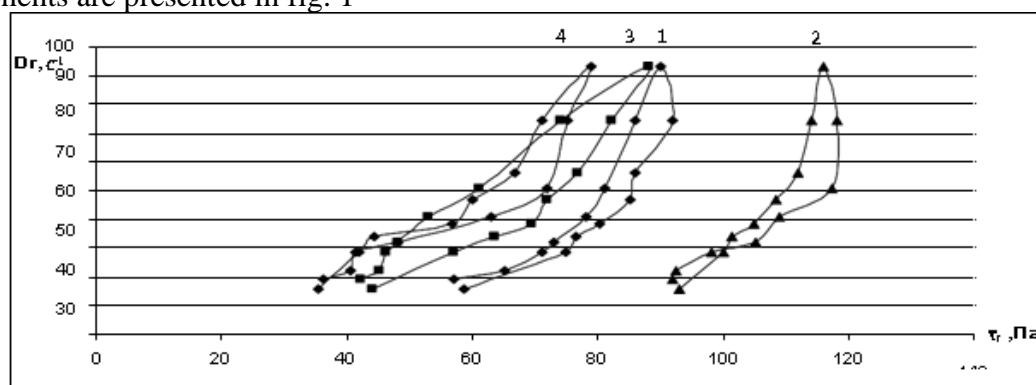


Fig. 1. Rheograms of samples of oligogels, where: 1 – sample No. 4, 2 – sample No. 2, 3 – sample No. 3, 4 – sample No. 1

Conclusions. It can be seen from the regram that oligogels from No. 2-4, as well as oligogel without GNR (sample No. 1), belong to the plastic type according to the type of flow; addition of HNR practically does not affect the area of hysteresis loops.

So, on the basis of the conducted studies of the developed samples of oligogels with different ratios, sample No. 3 (glycerol - propylene glycol 7.5 : 7.5) was selected. This sample had the best structural-mechanical and consumer properties.

References

1. Mishina M.M., Vekshin V.A., Burov A.N., Grabovetskaya E.R. Investigation of physico-chemical characteristics of carboxymethylcellulose colloidal carriers for medical preparations. // Journal of Education, Health and Sport. 2021. 11(1). P. 202-218.

2. Mahdavinia G., Afzali A., Etemadi H., Hosseinzadeh H. Magnetic/pH- sensitive nanocomposite hydrogel based carboxymethyl cellulose-g-polyacryl- amide/montmorillonite for colon targeted drug deliver. *Nanomed Res J.* 2017; 2(2): 111–122.
3. Ornanong S. Kittipongpatana, Siriporn Burapadaja, Nisit Kittipong- patana. Development of Pharmaceutical Gel Base Containing Sodium Carboxy- methyl Mungbean Starch. *CMU. J. Nat. Sci.* 2018; 7(1): 23–32.
4. Sannino A., Demitri C., Madaghiele M. Biodegradable Cellulose-based Hydrogels: Design and Applications. *Materials.* 2019; 2: 353–373.

DEVELOPMENT PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT OF A SPRAY WITH EXTRACTS OF ACORUS CALAMUS AND URTICA DIOICA

Tarasenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarasenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com
Department of pharmacy and industrial drug technology

Chaimaa Benmakhlouf, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. Today, the fact that such a sociala medical problem like hair loss has focused due attention and gathered around itself noonly many scientists, dermatologists, but also specialists in related specialties with the hope of highlighting the only etiopathogenetic link of this patient and further develop an effective method therapy During the last decade under increased interest in alopecia increased not only because a significant share of it among other dermatoses (up to 6%), and also due to an increase in the incidence of skin cancer. It is believed that immunopathological mechanisms associated with microcirculatory and neurovegetative disorders are the leading influential link in the onset and development of alopecia, especially ring-shaped[1,4].

Over the last decade, there has been a trend towards an increase in the number of patients complaining of intoxication alopecia. In case of hair loss, the treatment is most often based on the use of medicines means To the means of basic therapy, which is aimed at correcting the patient's symptoms background disorders and concomitant diseases include vasodilator drugs; sedatives, dehydrating agents; central amino acid metabolites; nootropics; complexes trace elements and vitamins; biogenic stimulants; anabolics and pathogenetic agents therapy In addition, drugs that improve tissue trophicity are prescribed; drugs, improving microcirculation; silicon-containing preparations that improve the structure hair; stimulators of keratinocyte proliferation[2,3].

The purpose of the work. Marketing analysis analyzed the assortment of medicines, which is offered for selection in the complex therapy of patients with alopecia on the pharmaceutical side market of Ukraine.

Materials and methods: Content analysis was used to achieve the goal.

The results. More than half of the assortment of medicines of this group is made up of preparations foreign production – 53,12%, among which we identify Polish producers (22,47%). Croatia, Germany - 7,9% each; Italy and Jordan – 10,34% each, and Hungary, Spain and Belgium/USA – 3,18% each. Ukrainian manufacturers supply the market with 21,4%. As for the dosage forms in which CS of this group are represented, most of themmake up - ointments (24,37%); creams (11,54%); skin solutions (17,43%); sprays and emulsions make up 2.71% and gels and lotions - 2.55% each.

The next stage of the analysis of the assortment of medicines that are used in the complex therapy of this pathology will be a study of the assortment of herbal preparations, which presented on the market of Ukraine.

Conclusions. Analysis of the pharmaceutical market showed a minimal presence on the market of products based on plant components. Therefore, the development of a spray for alopecia is promising.

References

1. Mali K.K., Dhawale S.C., Dias R.J., Dhane N.S., Ghorpade V.S. Citric Acid Crosslinked Carboxymethyl Cellulose-based Composite Hydrogel Films for Drug Delivery. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; July-August: 657–667.
2. Bishop S.M., Walker M., Rogers A.A. et al. Importance of moisture balance at the wound-dressing interface. *J. Wound Care*. 2020; 12(4): 125–128.
3. Leszek A.D., *Biomaterials in Regenerative Medicine*, Books on Demand, 2018: 290.
4. Ghorpade V., Mali K., Dias R. Karande P. Carbopol and Sodium Carboxymethylcellulose Based Methylsulfonylmethane Gels for Treatment of Osteoarthritis: In-vitro and In-vivo Evaluation. *Ind J Pharm Edu Res*. 2019; 46(3): 235–242.

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF SOFT DOSAGE FORMS

Tarassenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarassenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com

Department of pharmacy and industrial drug technology

Zeyneb Yasa, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. Today, medicinal products in the form of ointments, creams, and gels are widely used, as they have fewer side effects, including those of a systemic nature. Due to this feature, soft dosage forms are more often chosen for drug therapy of a number of diseases. Soft drugs include drugs that are vitally important, in particular, hydrophilic ointments that are used in burn practice. [3].

In recent years, new means of treatment have been introduced into medical practice burns based on polymers of both synthetic and natural origin. When using ointment bases, in particular from bases from bases with corneotherapeutic effect, positive points in the treatment of burn wounds are the ability to biodegrade, lack of local allergenic and toxic action, atraumaticity during application. Corneotherapy emulsifiers are well modeled on different parts of the body, promote normal vapor exchange in wounds and sorption of exudate, capable of providing a prolonged therapeutic effect of medicine.

Today, the assortment of domestic soft medicines with corneotherapy emulsifier with medicinal ones substances of plant origin is very limited. Therefore, the development of anti-burn agents is promising in the form of an emulsion ointment containing antiseptic plant extracts, anti-inflam[4], matory and reparative action. Based on literary sources such as optimal active extracts from the point of view of their complex therapeutic effect and minimum side effects means were proposed for the treatment of thermal burns in II-III phases of the wound process of plant origin - extracts of *Salviae officinalis* and *Thymus serpyllum*[1,2],.

The purpose of the work. The aim of the work is to develop the composition, technology and quality control methods of emulsion ointment with extracts of *Salviae officinalis* and *Thymus serpyllum* for the treatment of burn wounds.

Materials and methods: To develop the composition and technology ointment with extracts *Salviae officinalis* ra *Thymus serpyllum*

The results. As a result of creating an emulsion ointment, it is necessary to take into account the probability of chemical interaction between active and auxiliary substances. Each of the substances included in the preparation has characteristic thermal properties. In the production of soft drugs, it is necessary to take into account the thermal effects that occur during the production of the

drug. Therefore, thermogravimetric analysis of substances is an important stage in the creation of a new drug.

Plant extracts melt in the range The miramistin substance melts in the range of 50-82°C, while its mass remains stable. At a temperature of 90-110°C, there is a slight decrease in mass, and when the temperature increases to 130-150°C, there is a significant decrease in the mass of the sample.

The study of literary data proves that the process of decomposition of cottonseed oil takes place in one process.

Polyethylene glycol is a heat-stable substance that does not decompose when using generally accepted temperature regimes for the production of emulsion bases. Thus, it can be concluded that the temperature regime of 67°C is the most optimal for the production of emulsion ointment. At such a temperature, irreversible changes in both active and auxiliary substances will not be observed, and their mass remains stable. When the temperature increases, there is a slight decrease in mass, and when the temperature increases to 90-110°C, there is a significant decrease in the mass of the sample.

Conclusions. The most important pharmaceutical factor responsible for the quality of the developed drug is the manufacturing technology. In the production of emulsion ointment, it is necessary to determine the main technological parameters at each stage of production. Non-observance of the parameters and modes of the technological process can affect the therapeutic effectiveness of the drug. The technology of emulsion ointment is developed taking into account the physical and chemical properties of active and auxiliary substances.

References

1. Kulikowska A., Wasiak I., Ciach T. Synthesis of carboxymethyl- cellulose nanoparticles using various coiling agents. *Prosimy cytować jako: Inż. Ap. Chem.* 2019; 53(4): 268–269.
2. Harsha Kharkwal, Kumud Bala, Deepshikha Pande Katare. Biodegradable Polymers, Role in Enhancing Bioavailability of Drug. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences.* 2018; 1 (5): 1–11.
3. Vinklárková L., Masteiková R., Vetchý D., Doležel P., Jurga Bernatonié J. Formulation of Novel Layered Sodium Carboxymethylcellulose Film Wound Dressings with Ibuprofen for Alleviating Wound Pain. *BioMed Research International.* 2019; 1–11.
4. Tanaka A., Furubayashi T., Matsushita A. et al. Nasal Absorption of Macromolecules from Powder Formulations and Effects of Sodium Carboxy- methyl Cellulose on Their Absorption. *PLOS ONE.* 2016; 6: 2–11.

DEVELOPMENT FEATURES OF EMULSION WITH FERULIC SUCCINIC ACIDS

Tarasenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarasenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com
Department of pharmacy and industrial drug technology

Ilytska I.V., student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. Considering the popularity of soft medicinal and cosmetic products among the population and doctors, the issue of developing new, modern, economically available emulsion bases remains relevant. Emulsions are called multi-component bases, which differ from absorbent ones in that they contain water in their composition. Emulsion bases should enhance skin resorption of the active ingredients included in emulsions. This is explained by the presence in the base of emulsifiers - surfactants [3].

In addition, the emulsified aqueous phase, when rubbed into the skin, penetrates into the deep layers of the skin, which also improves absorption. Thus, the creation of new medicinal and cosmetic

products for local use is relevant and timely application based on succinic and ferulic acids, research of their physicochemical, biopharmaceutical, rheological properties with the aim of pharmaceutical and industrial production. [1,2],

The purpose of the work. The main task of research is to develop a scientifically based technology for the production of emulsion medicinal and cosmetic products with succinic and ferulic acids for external use, which have a high specific activity, bioavailability and stability.

Materials and methods: The involvement of physical methods, when the constant-gonometric method are as follows. In the moment of separation of the fall of the liquid from a certain part of the cooling tube, breaks off. drop by calculating the force of surface tension, which can prevent the formation of a drop along the perimeter of the neck[4]. Counting the forming drops formed during the leakage of a certain volume of liquid, use a stalagmometer. To calculate the surface tension of the emulsion, the number of drops is pre-counted that respectively form a standard non-volatile liquid (purified demineralized water) and examine the liquid at the exit from the upper and lower marks.

The results. Emulsion systems form the basis of modern cosmetic products An important parameter by which it enables predict stability emulsion system has interphase tension. The definition of the surface has been carried out determining the tension of the emulsifier allows a water-soluble non-ionic hyposurfactant – Polysorbate 80 at the limit phase separation aqueous solution of a substance with reversible properties / cottonseed oil. Surfactant solutions were takes part in determining the interphase tension stalagmometric method.

Solutions of different concentrations of emulsifier ($c=0$ mol/m³) were studied, $c_1= 1.4$ mol/m³, $c_2=2.4$ mol/m³, $c_3=3.4$ mol/m³, $c_4= 4.4$ mol/m³, $c_5=5.4$ mol/m³, $c_6=6.4$ mol/m³.

With an moderate increase in general concentration surface-active substances in the solution, the surface tension decreases, that is, the surface big activity of useful surfactants < 0 . Based on the Gibbs equation, excess adsorption of substances with the properties of surface-active substances in their excess, that is, excess solute concentration in the surface part of the solution, increasing adsorption and polysorbate 80 increases in the surface layer of the solution. Size limit adsorption equals $5.47 \cdot 10,5$ mol/m².

Conclusions. By the method of physical and chemical calculations of effective charges on the main reaction centers of oxygen-containing molecules components of cosmetic systems, emulsifier and guar gum, which acts as a rheological intensifier and stabilizer of oil emulsions, which give them a certain electrokinetic potential, negative ones are also established charges on oxygen atoms of compounds that vary in the range $- 0.449 - - 0.711$. This proves that based on the received data of quantum-chemical calculations, as well as electrokinetic determinations of stability of the investigated cosmetic systems due before taking into account the electrostatic constant before stabilization, electrostatic forces of repulsion between sharply negative charged emulsion particles components.

References

1. Кухтенко Г.П., Попова Т.В., Гладух Е.В., Кухтенко А.С. Сравнительный анализ карбомерных полимеров для фармацевтической и косметической практики // Запорожский медицинский журнал. 2020. Т 22, № 3 (120), С. 431–436.
2. Pelot D.D., Klep N., Yarin A.L. Spreading of Carbopol gels // Rheol Acta. 2016. V.55., Is.4. P. 279-291.
3. Фазджихян. Получение геля и изучение его физико-химических свойств // Медицинское наследие Авиценны и актуальные проблемы медицины: тез. докл. Междунар. науч. конф. Бухара. 2016. С. 115.
4. Левчук Т.А., Охотник В.Ф. Допоміжні речовини, що використовуються у технології м'яких лікарських форм (мазей, гелів, лініментів, кремів) // Фармацевтичний журнал. 2015. Т. 39. № 9. – С. 45–48.

STUDY OF THE TECHNOLOGICAL PARAMETERS OF THE DEVELOPMENT OF SOFT DOSAGE FORM

Tarasenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarasenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com

Department of pharmacy and industrial drug technology

Jawhar Mohammed Azeez, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. Dryness of the skin of the face is a rather unpleasant condition that requires a complex approach to the treatment of this pathology. In addition to using moisturizing agents, you should adjust your diet and add foods rich in vitamins A, E, B, and C to your diet. This skin condition requires moisturizing, which can be provided by various serums, gels, and creams with a moisturizing effect. The main treatment measures are regular skin care and local application of products saturated with substances that restore the epidermal barrier of the skin. The best care products are products that include lipids and moisturizers. They activate the restoration of the intercellular lipid bilayer, reduce transepidermal water loss and contribute to the optimal differentiation of keratinocytes [1,4].

Xerosis of the skin significantly reduces the quality of life of patients and leads to aesthetic discomfort. Despite the large number of cosmetic products for the treatment and prevention of the above-mentioned problem. Recently, the attention of researchers has been drawn to medicinal products based on natural components, in particular the plant extract *Annona Cherimola*, which has significant advantages over synthetic chemicals. [2,3].

The purpose of the work. The purpose of the study is to develop a composition and a scientifically based technology for the production of a soft medicine from the plant extract of *Annona Cherimola* and urea for external use, which have high specific activity, bioavailability and stability, based on the study of their physicochemical, biopharmaceutical, rheological, and pharmacotechnological properties.

Materials and methods: Organoleptic, technological, physicochemical (determination of thermal stability, colloidal stability, mass fraction of water and volatile substances, pH, etc.), rheological (determination of shear tangential stress, effective viscosity, "mechanical stability", etc.) research methods that allow you to objectively and fully evaluate the quality indicators of the medicinal product with *Annona Cherimola* plant extract and urea for the treatment and prevention of xerosis of the skin. which is based on experimentally obtained and statistically processed results.

The results. Experimental samples of emulsion bases were produced by the method of phase inversion. Emulsifiers with corn oil were fused at a temperature of $(75 \pm 5)^\circ\text{C}$. Water was heated separately to the same temperature and part (approximately 10%) was added to the oil phase. It was emulsified using a laboratory homogenizer for 8 min at a speed of 2500 rpm and an emulsion of the v/m type was obtained. At a temperature of $(60 \pm 5)^\circ\text{C}$, the remainder of the aqueous phase of the same temperature was added, phase inversion took place, stirring was continued until the emulsion cooled to room temperature. The test samples were evaluated according to organoleptic (appearance, smell, color) and consumer properties, indicators of thermal and colloidal stability (presence or absence of coalescence, delamination, aggregation of particles, coagulation), pH value, structural viscosity and dispersion. The dependence of the structural and mechanical properties of the base on the concentration of the oil phase and the emulsifying mixture was also determined.

According to the research results, it was noted that all test samples are thermally and colloidally stable, have a neutral pH value and a consistency that depends on the content of the oil phase and the emulsifying mixture. Thus, samples with 15% corn oil and 4 and 6% Emulfarm have low viscosity indicators (samples No. 1, No. 2, No. 4), and sample No. 9 with 10% emulsifier

content has a fairly dense consistency. Samples with 20% oil phase (No. 10-12) have unsatisfactory organoleptic properties.

Conclusions. As evidenced by the results of determining the viscosity indicators and the given rheograms, when the concentration of the oil phase, the complex emulsifier, and the introduction of CCS are increased, there is an increase in the viscosity indicators.

References

1. De Kwaadsteniet M, Doeschate KT, Dicks LM. Nisin F in the treatment of respiratory tract infections caused by *Staphylococcus aureus*. // *Lett Appl Microbiol*. 2019. 48(1). P.65–70.
2. Maurício Elisabete, Rosado Catarina, Duarte Maria Paula, Verissimo Joana, Bom Sara, Vasconcelos Laura. Efficiency of Nisin as preservative in cosmetics and topical products. // *Cosmetics*. 2017. 4(41) P. 1–11.
3. Harsha Kharkwal. Biodegradable polymers, role in enhancing bioavailability of drug/ Harsha Kharkwal, Kumud Bala, Deepshikha Pande Katare. // *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*. 2018. 1(5). P.1–11.
4. Wnek G.E. *Encyclopedia of Biomaterials and Biomedical Engineering*, vol. 1./ Wnek G.E., Bowlin G.L. New York, Marcel Dekker, 2018.– 448 p.

FEATURES OF DEVELOPMENT OF MEDICINAL PRODUCT IN CAPSULES

Tarasenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarasenko83@ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko@gmail.com
Department of pharmacy and industrial drug technology

Salma Boudrai Uahid, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. fatty liver dystrophy is a global health problem in connection with their widespread distribution and leading role in their development terminal liver diseases such as cirrhosis and hepatocellular carcinoma. The poor clinical signs, long asymptomatic course, various extrahepatic manifestations cause significant difficulties in recognizing this group of diseases. At the same time, the natural course of chronic fatty liver dystrophy is determined progression of the disease with the formation of liver fibrosis, and later cirrhosis, which leads to irreversible changes in the structure and loss of organ function. fatty liver dystrophy liver lesions are most often registered in age group from 30 to 49 years and lead to a decrease in the quality of life of patients, temporary loss of working capacity, disability, which causes significant economic losses[1, 3].

The prevalence of fatty liver dystrophy varies widely depending on study population and definitions. Even in industrialized countries, such a problem is registered in 20-35% of the adult population; in women older than 40 years, this pathology is observed in 75% of cases. Annually due to the increase in cases obesity and the growth of type 2 diabetes also increase the incidence of fatty liver disease. According to a study by American scientists, the prevalence of fatty liver dystrophy is up to 16% of cases in patients with normal body weight and up to 76% in patients with obesity[2,4].

The purpose: development based on studied literary data, composition and technology of pharmaceutical composition in the form of hepatoprotective capsules.

Materials and methods: Pharmaco-technological tests, such as studies of flowability, angle of natural slope, bulk density, final moisture, disintegration time.

Results. It should be noted that the range of encapsulated drugs is based on of native medicinal plant raw materials is quite limited and needs to be expanded, which once again emphasizes the relevance of this work.

First of all, we needed to investigate all the technological parameters of the active components and their mixtures of the future dosage form.

As we have seen, all powders of medicinal raw materials and their mixture, which also was subject to delamination, had very low technological properties, such as low flowability, high index of the angle of natural slope, high humidity, which we proposed to correct using the method of wet granulation. For this, we prepared solutions of moisturizers, as which we used distilled water, ethyl alcohol in concentrations of 40, 75, and 96%, as well as solutions of potato starch and methylcellulose in concentrations of 2, 3 and 5% and studied their influence on the technological parameters of the obtained granulate. It was established that the use of moisturizers allowed to increase low index, and the use of distilled water and ethanol in different concentrations (40, 75 and 96%) did not lead to a significant improvement of this indicator, at the same time, the use of solutions of potato starch and methylcellulose significantly increased the flowability indicator, especially at a concentration of 3 and 5%

Conclusions. Based on the conducted research, the composition was proposed pharmaceutical composition in the form of capsules of tonic action. Conducted tests on the technological properties of a mixture of dry extracts. It has been proven that it has very poor flowability and moisture. Conducted research on the selection of excipients with the aim of selection of a humidifier for wet granulation.

List of references

1. Preclinical safety evaluation of drone brood homo- genate and justification of pharmacological action. B. Pavliuk, I. Stechyshyn, M. Chubka et al. *Pharmacia*.2021. Vol. 68(4). P. 771–777.
2. Nutritional composition of Apis mellifera Drones from Korea and Denmark as a potential sustainable alterna- tive food source: Comparison between developmental stages. S. Ghosh, H. Y. Sohn, S. J. Pyo et al. *Foods*. 2020. No. 9. P. 389.
3. Sampat Ghosh, Chuleui Jung, Victor Benno Meyer- Rochow. Nutritional value and chemical composition of larvae, pupae, and adults of worker honey bee, Apis mellifera ligustica as a sustainable food source. *Journal of Asia-Pacific Entomology*. 2016. Vol. 19 (2). P. 487–495.
4. Drone brood – as a raw material for the manufacture of medicines and dietary supplements. T. A. Hroshovyi, M. M. Dobrynychuk, B. V. Pavliuk et al. *Sciences of Eu rope*. 2021. Vol. 63(2). P. 36–39.

MICROSCOPIC STUDIES OF STEVIOSIDE POWDER

Tarassenko V.O., doctor of pharmaceutical sciences, associate professor of the department of military pharmacy, faculty of training military doctors (pharmacists), Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, vika_tarassenko @ukr.net

Koziko N.O., candidate of pharm.sciences, associate professor.. Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine, nata.koziko83@gmail.com
Department of pharmacy and industrial drug technology

Sagvan B.M.Ameen, student of the Faculty of Pharmacy Bogomolets National medical university Kyiv, Ukraine

Actuality. Diabetes at the global level, unfortunately, firmly holds the primacy among the most common and dangerous diseases of the 20th century, and now the 21st century. The global epidemics of plague, smallpox, and typhus, which raged in the past, have gone into the past, but their place has not remained empty. New diseases correspond to new times. Medicine will call the previous century "the era of diabetes", which are the main causes of death worldwide: no other reason kills more people every year than from these diseases[3].

Therefore, an important task of medicine and pharmacy is the search for effective substances of plant origin and the development of drugs based on them. Trehalose stevioside is promising in this context. These substances have proven themselves in the complex treatment of diabetes mellitus[1,2,4].

The purpose of the work. Analyze and summarize the data of scientific literature on the issue of methodological approaches to the creation of tablet dosage forms as well as the state of development of drugs for the prevention and treatment of diabetes mellitus in the world and to confirm the prospects of creating medicines based on stevioside

Materials and methods: Pharmaceutical development of a new drug is based on such components as the development of a methodological approach, biomedical requirements for drugs, pharmaco-technological tests, marketing analysis of the modern pharmaceutical market

Results. Powdered substances are polydisperse systems with different shapes and sizes of particles. Recently, crystallographic studies are often used in the pharmaceutical development of various dosage forms. Therefore, it is advisable to study the shape and size of the particles of the substance under study, especially since this study allows us to predict the need to use certain groups of excipients to develop the composition and technology of a solid dosage form. Also, the shape and size of particles determine such technological characteristics of substances as flowability, compressibility, bulk density, specific surface area.

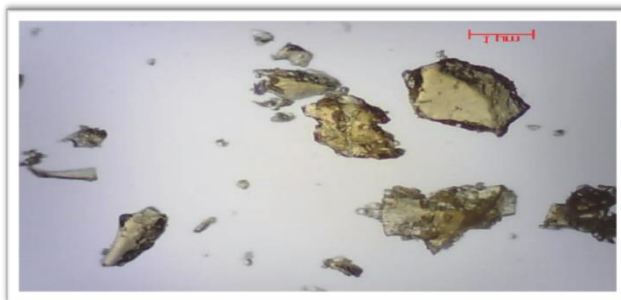


Fig. 1. Results of crystallographic study of stevioside powder

Conclusions. The data obtained indicate that it has transparent particles of white-yellow color, which are a polydisperse crystalline system of an anisodiametric type. According to the thickness and length of the particle, this powder can be attributed to the group of finely dispersed powders. The crystals have a smooth surface and jagged edges. The shape factor varies from 0.25 to 0.8. The analysis did not allow us to identify the determining geometric particle size, which makes it possible to classify the substance as polydisperse. This, in turn, may indicate unsatisfactory flowability of the powder and predict the introduction of excipients from the group of fillers and lubricants

References

1. Choo V. Fundamentals of composite materials. / Choo V. Dover: Knoven Academic Press, 2017. – 134 с.
2. Кербер М. П. Полимерные композиционные материалы: структура, свойства, технологии / М. Л. Кербер, В. М. Виноградов, Г. С. Головкин и др. / под ред. А. А. Берлина Киев: Профессия, 2017. – 84 с.
3. Копань В. С. Композиційні матеріали. / В. С. Копань. К: Унів. Вид-во «Пульсарі», 2016. – 184 с.
4. Milton G. The Theory of Composites. / G. Milton Cambridge : University Press, 2018 – 128 с.

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ОСМОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СУПОЗИТОРНИХ ОСНОВ

Томчук Володимир Володимирович, старший викладач кафедри військової фармації,
Українська військово-медична академія, м. Київ, tomchukvv@ukr.net

Голюк Олексій Володимирович, помічник начальника Військово-медичного клінічного
центру Південного регіону, м. Одеса

Вступ. Згідно Державного реєстру ЛЗ про зареєстровані ЛЗ на ринку України станом на 06.11.2022 зареєстровано 14279 найменувань ЛЗ, з них 4352 – вітчизняного виробництва. Згідно АТС класифікації супозиторії відносяться до групи С05А - засоби для лікування геморою і анальних тріщин для місцевого застосування. До групи С05А входять: С05АА - кортикостероїди; С05АD - місцевоанестезуючі засоби; С05АХ - інші засоби для лікування геморою і анальних тріщин для місцевого застосування.

Кількість цієї групи включає у собі 16 препаратів 9-ти торгових найменувань. У тому числі частка вітчизняних ЛЗ становить 50 % (8 найменувань), інші 50 % (8 найменувань) –

ЛЗ іноземного виробництва. Із всього представленого асортименту супозиторіїв тільки 4 (25 %) препарати є монокомпонентними, а інші 12 (75 %) – багатокомпонентними. Кількість супозиторіїв на основі рослинної сировини складає 5 найменувань – (31,3 %). При вивченні складу супозиторіїв вітчизняного виробництва відзначається обмежений асортимент тих до складу яких входять речовини рослинного походження. Супозиторії на основі ЛРС представлено на ринку України у кількості 4-х найменувань, з них 1 найменування – іноземного виробництва (Гемороль, Польща). Інші 3 найменування – це Бетиол, Анузол і Беладонні екстракт супозиторії (виробництва ПАТ "Монфарм", Україна та ПАТ "Лекхім - Харків", Україна). Всі ці 3 препарати містять екстракт Беладони. Однак такий обмежений асортимент не задовольняє потреб населення України. Тому розробка комбінованого складу супозиторіїв на основі рослинного екстракту є актуальною.

Мета дослідження. Вивчення гострої токсичності та подразнювальної дії комбінованого лікарського засобу у формі крему для лікування ранового процесу.

Матеріали та методи. Осмотичні властивості супозиторіїв визначали методом діалізу крізь напівпроникну мембрану [6]. Діалізатор складається з діалізаційної камери та внутрішнього циліндра, дном якого є напівпроникна мембрана – целофанова плівка (целофан марки В-8079, товщина набряклої плівки $45 \pm 0,4$ мкм, ступінь набрякання $125 \pm 2,2$, ступінь пористості 6,25 г/мл). Необхідну кількість супозиторіїв або супозиторну основу поміщали у випарну чашку і розплавляли на водяній бані при температурі $45 \text{ }^\circ\text{C}$ [7]. У попередньо зважений внутрішній циліндр відважували 10 г розплаву, рівномірним шаром розподіляли по поверхні напівпроникної мембрани площею 2000 мм² і охолоджували до температури $37 \pm 2 \text{ }^\circ\text{C}$. В діалізаційну камеру вміщували 70 мл ізотонічного розчину натрію хлориду та внутрішній циліндр з досліджуваним зразком, наносили позначку рівня рідини і встановлювали камеру в термостат. Через рівні проміжки часу (1 год.) внутрішній циліндр виймали з діалізаційної камери, обережно, за допомогою фільтрувального паперу просушували зовнішню поверхню і визначали масу циліндра. Дослідження проводили протягом 8 годин. Після кожного зважування об'єм ізотонічного розчину в діалізаційній камері доводили до позначки [8]. За різницею між отриманим і попереднім результатом визначали кількість поглинутої рідини. З метою створення умов подібних до перебігу патологічного процесу прямої кишки, дослідження проводили при температурі $37 - 38 \text{ }^\circ\text{C}$ (температура прямої кишки людини). Температуру підтримували за допомогою термостату ТС-80М2. Зважування проводили на терезах Т-500 М з точністю до 0,01 г. [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Супозиторні основи відіграють головну роль в терапевтичній ефективності фармацевтичної композиції. Вони повинні вивільняти АФІ та забезпечувати їх максимальну фармакологічну дію [2 - 4].

Тому нами вивчено осмотичну активність супозиторіїв методом дифузії у рідке середовище крізь напівпроникну мембрану.

Аналіз результатів показав, що осмотична активність гідрофільних основ в два рази перевищує активність гідрофобних основ. В ряду гідрофобних основ їх можна розміщувати в наступній послідовності: $2 > 3 \geq 4 > 1$. Встановлено, що поглинання рідини основою 3 і 4 відбувається майже на одному рівні. Максимальне поглинання рідини основою 2 пояснюється наявністю в основі парафіну, що підвищує її осмотичну активність.

В ряду гідрофільних основ за показником осмотичної активності їх можна розміщувати в наступній послідовності: $5 > 7 > 6$. Висока осмотична активність основ 5 і 7 пояснюється наявністю в основі поліетиленоксидів, зокрема ПЕО 1500. Такі основи проявляють гіперосмолярний ефект [5], що може стати причиною місцево-подразнювальної дії. Порівняльний аналіз осмотичної активності основ 5 і 7 показує, що збільшення концентрації ПЕО 1500 призводить до підвищення осмотичної активності.

Висновок. Встановлено, що осмотична активність гідрофільних основ в два рази перевищує активність гідрофобних основ, що стало підставою при обґрунтованому виборі гідрофобних модельних зразків супозиторних основ.

Список літератури.

1. Біофармація: підруч. для студентів вищ. фармацевт. навч. закл. і фармацевтів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / О. І. Тихонов, Т. Г. Ярних, І. А. Зупанець [та ін.]. – Харків: НФаУ: Золоті сторінки, 2010. – 238 с.
2. Допоміжні речовини в технології ліків: вплив на технологічні, споживчі, економічні характеристики і терапевтичну ефективність : навч. посібник / уклад.: І. М. Перцев, Д. І. Дмитрієвський, В. Д. Рибачук. – Х.: Золоті сторінки, 2010. – 600 с.
3. Лікарські засоби. Допоміжні речовини [Електронний ресурс]: настанова 42-3.6:2004. – Режим доступу: URL: http://kb.uapf.com.ua/_media/law/nastnov/nastanova-42-3.6-2004.pdf. – Назва з екрана.
4. Належні практики у фармації: практикум для студ. мед. і фарм. ВНЗ III-IV рівнів акредитації спец. “Фармація” / Н. І. Гудзь, Т. Г. Калинюк, С. Б. Білоус, К. І. Сметаніна. – Вінниця: Нова Кн., 2013. – 367 с.
5. Малецька З. В. Обґрунтування вибору поверхнево-активних речовин у складі вагінальних супозиторіїв / З. В. Малецька, Л. Л. Давтян // Фармац. журнал. – 2013. – № 6. – С. 48–52.
6. Кухтенко О. С. Дослідження осмотичної активності супозиторних основ / О. С. Кухтенко, О. А. Рубан, І. М. Шевченко // Досягнення та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України: матеріали 6 Нац. з'їзду фармацевтів України, 28-30 верес. 2005 р. – Х.: НФаУ, 2005. – С. 244–245.
7. Технологія ліків промислового виробництва: підруч. для студентів вищ. навч. закл.: у 2 ч. / В. І. Чуєшов, Є. В. Гладух, І. В. Сайко [та ін.]. – Вид. 2-ге, переробл. і допов. – Харків : НФаУ: Оригінал, 2012. – Ч. 1. – 693, [1] с.
8. Фармацевтическая технология экстреморальных лекарственных средств: [учеб.] для студентов фармацевт. фак. / под ред. В. В. Гладышева. – Днепропетровск: Экономика, 2014. – 375 с.

ОБГРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАННОГО ЛОГІСТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО РОЗРОБЛЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОБЛІКУ МЕДИЧНОГО МАЙНА

Білоус М.В., доктор фармацевтичних наук, доцент, професор кафедри військової фармації, Українська військово-медична академія, м. Київ, maryvictory@ukr.net.

Рожко М.С., слухач факультету підготовки військових лікарів (фармацевтів), Українська військово-медична академія, м. Київ, nikrozhko738@gmail.com.

Селіванова О.І., начальник відділення медичного постачання, Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса.

Вступ. Аналіз військової логістики свідчить, що значні складнощі у виконанні завдань логістичного забезпечення викликані впливом зовнішніх стосовно до системи логістики чинників (збурень), пов'язаних з макроекономічною нестабільністю, невизначеністю умов зовнішнього середовища, дією небезпек різного походження. Закупівлі матеріальних і технічних засобів, приймання їх від виробника, переміщення, зберігання та інші логістичні операції зазнають впливу економічної нестабільності, помилкових дій суб'єктів логістичних операцій, природних і техногенних негараздів, цілеспрямованих дій деяких суб'єктів на отримання особистої вигоди або завдання шкоди тощо. За таких умов, як правило, виникає невідповідність між очікуваними та фактичними результатами логістичного забезпечення з негативним відбиттям цієї невідповідності на стані військових формувань, в інтересах яких виконуються відповідні завдання. Необхідною умовою для зниження (усунення) негативного впливу зовнішніх чинників на результати роботи є визначеність інформації про такі чинники, їх якісна та кількісна оцінка, встановлення характеру впливу та запобіжні дії щодо зниження негативного впливу [1-5].

На цей час чинники зовнішнього середовища системи логістики військових формувань залишаються недостатньо дослідженими, бракує методики обґрунтування

управлінських рішень для умов дії зовнішніх збурень, що ускладнює можливість урахування їхнього впливу у практиці прийняття рішень щодо логістичного забезпечення.

Мета роботи полягає в аналізі, узагальненні, окресленні основних інструментів побудови інтегрованих логістичних систем на базі інформаційних технологій в організації медичного постачання в ЗСУ,

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення мети дослідження проведено системний аналіз світових і вітчизняних наукових джерел. Методами дослідження є бібліографічний, аналітичний і системного аналізу.

Результати дослідження. На цей час чинники зовнішнього середовища системи логістики військових формувань залишаються недостатньо дослідженими, бракує методики обґрунтування управлінських рішень для умов дії зовнішніх збурень, що ускладнює можливість урахування їхнього впливу у практиці прийняття рішень щодо логістичного забезпечення.

Виходячи з потреби вдосконалення системи логістики ЗС України розробимо методичні основи управління логістичним забезпеченням в умовах наявності впливу негативних чинників зовнішнього середовища з метою зменшення їхнього впливу на результати логістичних операцій та підвищення стійкості системи логістики.

Система логістики є відкритою, місія (мета створення) якої лежить зовні самої системи, і тому її стани визначаються не лише внутрішніми параметрами самої системи, а й зовнішніми стосовно до неї впливами. Присутність неконтрольованих зовнішніх впливів обумовлює неоднозначну визначеність між вхідними і вихідними сигналами (станом) системи логістики. Тобто система логістики не є детермінованою.

Неконтрольовані чинники зовнішнього середовища, що діють на процеси логістичного забезпечення військових формувань, мають імовірнісний характер. Наслідками їх дії можуть бути небажані випадкові події, що спричиняють, як правило, погіршення фактичного результату стосовно до планового очікування. Як показує практика, у тих сферах діяльності, які традиційно пов'язані з великою невизначеністю результатів та небезпеками, доцільно застосовувати ризик-орієнтований підхід до управління процесами. Прикладами можуть бути страхова діяльність, пожежна безпека, безпека праці та ін. Враховуючи особливості логістичної діяльності у військовій галузі, характер сучасних економічних відносин, стан економіки, умови підвезення матеріальних ресурсів під час тилового забезпечення бойових дій, запровадження методології управління ризиками стосовно до логістичного забезпечення НГУ доцільно розглядати як перспективний напрямок удосконалення системи логістики, який дозволить точніше ідентифікувати зовнішні причини проблем системи логістики, мінімізувати їх вплив і підвищити якість логістичного забезпечення.

Висновки. З'ясовано, що стан забезпечення Збройних Сил України медичним майном дозволяє військовим частинам виконувати завдання за призначенням.

Доцільно створити ефективну вертикаль системи військово-медичного постачання в районі проведення АТО, яка б була повноцінно інтегрована в загальну систему медичного та матеріально-технічного забезпечення військовослужбовців ЗСУ.

Виявлено, що потребує удосконалення обліку медичного майна та посилення відповідальності посадових осіб за ведення обліку у військових частинах. Необхідно здійснити заходи щодо забезпечення підрозділів у зоні АТО польовим медичним оснащенням сучасних зразків.

Список літератури.

1. Про затвердження Положення про порядок обліку, зберігання, списання та використання військового майна у Збройних Сил: постанова Кабінету Міністрів України від 04.08 2000 р. №1225.

2. Про затвердження Основних положень логістичного забезпечення Збройних Сил України : Наказ Міністерства оборони України від 11.10.2016 р. № 522. URL:

<http://www.mil.gov.ua/ministry/normativno-pravova-baza/nakazi-ministra-oboroni-ukraini/nakazi-ministerstvaoboroni-ukraini-za-2016-rik.html> (дата звернення: 09.05.2020)

3. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 6 травня 2015 року «Про Стратегію національної безпеки України» : Указ Президента України від 26.05.2015 № 287.

4. Про рішення РНБО України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України» : Указ Президента України від 24.09.2015 № 555.

5. Андрощук О. С. Інформаційні технології інтелектуалізації підтримки прийняття рішень в діяльності Державної прикордонної служби України : монографія. Хмельницький : Вид-во Нац. академії Держ. прикор. служби України ім. Богдана Хмельницького, 2011. 222 с.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Сирота П.С., к.фарм.н., проф., професор кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ.

Соломенний А.М., к.фарм.н., доц., доцент кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, solomennyu@ukr.net

Корчаков Г.В. слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ.

Вступ. Сьогодні, в умовах стрімкої розбудови вітчизняного фармацевтичного ринку, розвитку української фармацевтичної промисловості та реформування Збройних Сил (ЗС) України постає завдання переосмислення основних організаційно-методичних принципів забезпечення закладів охорони здоров'я ЗС лікарськими засобами (ЛЗ). Завдяки впровадженню стандартів лікування та раціонального використання ЛЗ у медичній службі ЗС з'являється можливість визначити реальну потребу в матеріальних, фінансових, кадрових та інших ресурсах, а також створювати умови для об'єктивного контролю за ефективністю їх використання і якістю медичної допомоги. З метою оптимізації переліку та створення формулярних списків ЛЗ для потреб медичної служби ЗС України проводяться наукові та організаційні дослідження [1, 2].

Метою дослідження є проведення аналізу асортименту ЛЗ вітчизняного виробництва для потреб медичної служби ЗС України.

Матеріали і методи дослідження. При проведенні досліджень нами використано дані щодо основних підходів та принципів функціонування військово-медичного постачання, відомості фахової літератури із забезпечення ЛЗ різних категорій населення як України, так і інших держав, а також загальні дані Державного формуляру лікарських засобів України.

Для проведення дослідження використовували структурний, бібліографічний та маркетинговий методи дослідження.

Результати. Особливістю сучасного фармацевтичного ринку України є значна залежність від імпорту, про що свідчить співвідношення наявних на ринку ЛЗ вітчизняного виробництва та зарубіжних препаратів. Але для раціонального використання фінансових ресурсів та зменшення залежності військової медицини від закордонних виробників ЛЗ, доцільно визначити перелік вітчизняних ЛЗ, що дозволять задовольнити потреби медичної служби в умовах мирного часу та особливого періоду.

В Україні функціонує більше 300 виробників ЛЗ з широким асортиментом фармацевтичних препаратів. Значна кількість та диверсифікація виробників ЛЗ на вітчизняному фармацевтичному ринку призводить до посилення конкуренції.

При проведенні дослідження вітчизняного ринку антибактеріальних засобів для системного використання визначено, що лідером серед фармацевтичних виробників України

є Корпорація «Артеріум», ТОВ «Київмедпрепарат» (Київ) та ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», серед країн перше місце по виробництву антибіотиків займає Індія.

При проведенні аналізу антибіотиків за видом лікарської форми (ЛФ) встановлено, що значний сегмент ринку зазначеної групи препаратів займають таблетовані ЛФ (42 %). За результатами аналізу сукупності протівірусних препаратів спостерігається безумовне домінування на ринку твердих ЛФ – таблетки (41 %).

За основними тенденціями фармацевтичного ринку дерматологічних ЛЗ встановлено імпортозалежність ринку ЛЗ групи D. Досліджено номенклатуру АФІ на основі лікарських рослин та біогенних речовин, які входять до складу ЛЗ для місцевого лікування ран, і виявлено обмежений асортимент вітчизняних комбінованих ЛЗ. Спостерігається розширення асортименту ЛЗ групи D для лікування ранового процесу за рахунок комбінованих препаратів вітчизняного виробництва з вмістом біологічно активних речовин лікарських рослин. Сегмент ЛЗ, що застосовуються для лікування відкритих ран та вогнепальних поранень станом на 2022 р. представлено 267 виробниками, при цьому 22 виробники забезпечують 85 % потреб сегмента в упаковках.

Доведено, що у 2021 р. внаслідок ринкової конкуренції та інших чинників лідируючі позиції займають вітчизняні виробники.

Встановлено, що майже 20 % препаратів закупаються за кошти місцевих та державного бюджетів, решта реалізується в роздрібній мережі. Найбільшу частку мають антибіотики 83,59 % (насамперед цефалоспорины 3 покоління, фторхінолони, похідні імідазоду тощо), НПЗЗ для перорального, парентерального та місцевого застосування (кеторолак, диклофенак, ібупрофен, німесулід тощо), анестетики (лідокаїн, новокаїн), місцеві антисептики (йод, брильянтовий зелений, хлоргексидин, декасан, мірамістин), інфузійні розчини (глюкоза, ізотонічний розчин натрію хлориду, реосорбілакт, розчин Рінгера тощо).

Визначено, що вагому частку (навіть у роздрібному сегменті) займають засоби для наркозу, опіоїдні анальгетики, антикоагулянти, інгібітори протонної помпи, засоби для парентерального харчування, серратопіптедаза, актовегін та солкосерил, препарати кальцію, а також низка засобів для зовнішнього застосування – місцеві антибіотики, антисептики, гормони, ранозагоювальні засоби.

Висновок. Отже, вивчення фармацевтичного ринку України на наявність ЛЗ, які використовуються для потреб медичної служби ЗС України, встановлено, що вітчизняні ЛЗ займають лідируючі позиції. Результатом аналізу асортименту ЛЗ встановлено, що використання ресурсів вітчизняних виробників для надання медичної допомоги військовослужбовцям дозволить раціонально використовувати матеріальні та трудові ресурси.

Література.

1. Кузьмінчук Н., Куценко Т., Коваль В., Бондарь В. Маркетинг лікарських препаратів у контексті державного регулювання фармацевтичного ринку. *Центральноукраїнський науковий вісник. Економічні науки.* 2020. № 5 (38). С. 190-196.
2. Савіна Н., Кузьмінчук Н., Куценко Т., Нагорний Д. Фармацевтичний маркетинг: економіко-правові основи управління брендами на фармацевтичному ринку. *Вісник НУВГП. Економічні науки.* 2020. Т. 4, № 92. С. 509-519.

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ

Соломенний А.М., к.фарм.н., доц., доцент кафедри військової фармації факультету підготовки військових лікарів (фармацевтів), Українська військово-медична академія, м. Київ, solomennyu@ukr.net

Давиденко О.О., к.фарм.н., доц., доцент кафедри фармацевтичної хімії фармацевтичного факультету, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця.

Актуальність. Рани є поширеною проблемою в сучасному світі та є причиною значної кількості смертей та інвалідності. Відповідно до даних ВООЗ, на 100 000 населення у всьому світі припадає близько 161 смертей від ранніх травм. За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2019 році було зафіксовано понад 117 000 випадків травм, пов'язаних з нещасними випадками, що сталися на території України. Лікування ранового процесу (РП) є складним та багатограним, передбачає використання різних методик та засобів. Перелік лікарських засобів (ЛЗ), що використовується для лікування ран, включає антисептики, антибіотики, засоби для прискорення загоєння та інші препарати.

З огляду на значний обсяг ринку ЛЗ для лікування РП, актуально провести аналіз вітчизняного ринку та оцінити наявні можливості для подальшого розвитку даної галузі в Україні. Дослідження ринку дозволить виявити наявні проблеми та недоліки, визначити перспективні напрямки розвитку, оцінити конкурентоспроможність вітчизняних виробників та можливості їх конкуренції з іноземними виробниками [1-3].

Метою дослідження є проведення комплексного аналізу вітчизняного ринку ЛЗ для лікування РП з метою визначення його актуального стану та перспектив розвитку.

Об'єктом дослідження є вітчизняний ринок ЛЗ для лікування РП в Україні.

Методи дослідження: SWOT-аналіз та аналітичний метод.

Основні результати. Лікування РП є однією з найважливіших складових догляду за хворими. Якщо рана не лікується належним чином, це може призвести до розвитку інфекції та ускладнень. Тому важливо мати доступ до ефективних ЛЗ, які допоможуть оптимізувати лікування РП.

В Україні на фармацевтичному ринку представлена значна кількість ЛЗ для лікування ран. Ці засоби можна класифікувати за діючою речовиною (антибактеріальні, протизапальні, протиекскудативні, знеболювальні тощо) та формою випуску (гелі, мазі, спреї, ранові пов'язки тощо).

Для аналізу ринку ЛЗ для лікування ран було проведено дослідження ринку з використанням методу SWOT-аналізу. SWOT-аналіз дозволяє визначити сильні та слабкі сторони ринку, а також можливості та загрози.

Однією з сильних сторін ринку є наявність великої кількості ЛЗ з різними діючими речовинами та формами випуску. Це дає можливість лікарям вибирати найбільш ефективний засіб для кожного конкретного випадку. Також на ринку присутні вітчизняні виробники, що дозволяє знизити вартість лікування та забезпечити доступність для пацієнтів.

Серед слабких сторін можна виділити недостатню кількість інформації про ефективність та безпеку використання деяких ЛЗ для лікування РП (нові ЛЗ, нестероїдні протизапальні препарати, антибіотики, народні засоби тощо). Це може призвести до недостатньої обґрунтованості вибору засобу лікування та підвищення ризику ускладнень.

Загрозою для ринку ЛЗ, та для вітчизняних виробників ЛЗ зокрема, є зростання конкуренції з боку іноземних виробників. Іноземні ЛЗ можуть бути більш ефективними та мають більш розвинену наукову базу, що може призвести до переваг у виборі лікарів та пацієнтів.

Необхідно звернути увагу на проблему регулювання якості ЛЗ, що випускаються на внутрішньому ринку. Для запобігання появі низькоякісних та небезпечних препаратів необхідно посилювати контроль за їх виробництвом та ввозом на ринок. Якості на усіх

етапах життєвого циклу ЛЗ. Також важливим фактором є розвиток мережі аптек та забезпечення їх широким асортиментом вітчизняних ЛЗ для лікування РП. Це дозволить забезпечити швидкий доступ до необхідних засобів для лікування, а також зменшити ризик надмірної залежності від іноземних виробників.

Важливим етапом вдосконалення ринку є підвищення рівня свідомості населення щодо необхідності правильного вибору ЛЗ та дотримання правильного режиму лікування. Необхідно звернути увагу на проблему самолікування та використання неконтрольованих препаратів, оскільки це може призвести до негативних наслідків для здоров'я пацієнтів, зокрема таких як виникнення антибіотикорезистентності. З метою запобігання негативних наслідків від самолікування доцільно проводити різні інформаційно-освітні кампанії та заходи.

Український ринок ЛЗ для лікування РП є перспективним та має потенціал для подальшого розвитку. Проте, щоб досягти успіху у цій галузі, необхідно працювати над удосконаленням всіх аспектів роботи - від наукових досліджень та розробки нових препаратів до покращення доступності та якості лікування для всіх верств населення. Тільки за умови взаємодії та співпраці можна досягти мети - забезпечення ефективного та якісного лікування РП.

Висновок. Вітчизняний ринок ЛЗ для лікування РП має свої переваги та недоліки. Для покращення ефективності лікування та забезпечення доступності ЛЗ необхідно здійснювати постійний моніторинг ринку та залучати інвестиції у дослідження та розробку ЛЗ, розвивати мережі аптек та підвищувати рівень свідомості населення. Тільки так можна досягти покращення стану здоров'я населення та зменшення ризику ускладнень.

Література:

1. Кузьминчук Н.В., Куценко Т.М., Коваль В.В., Бондарь В.А. Маркетинг лікарських препаратів у контексті державного регулювання фармацевтичного ринку. *Центральноукраїнський науковий вісник. Економічні науки*. 2020. Вип. 5(38). С. 190–196.
2. Шабельник Т.В. Моделі та методи дослідження світового фармацевтичного ринку: переваги та недоліки. *Вісник маріупольського державного університету серія: економіка*. 2019, Вип. 17. С. 5-11.
3. Шандрівська О.Є., Цветковська А.В. Дослідження фармацевтичного ринку України: у фокусі концентрація ринку. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*. 2022 № 1 (9). С. 56-68.

ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

ОПТИМІЗАЦІЯ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АКНЕ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Єзерська Софія Ігорівна лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія
sofiiaezerska@gmail.com

Вступ. Акне є поширеною дерматологічною проблемою серед військовослужбовців [5]. Акне має багатофакторний патогенез, тому комбінована терапія рекомендована більшості пацієнтів [6], з обов'язковим застосуванням препаратів зовнішньої дії, а у разі потреби – і системних засобів [1]. Оптимальне та ефективне лікування акне може покращити якість життя військовослужбовців та знизити вплив захворювання на їхню професійну діяльність. Статистичні дані свідчать, що у світі у понад 650 млн осіб відмічають акне. І з кожним роком його поширення лише збільшується [4]. Крім того, зважаючи на специфіку військової служби, де військовослужбовці можуть перебувати у складних умовах (висока вологість, стрес, недостатня гігієна шкіри та інш.), оптимізація топічного лікування може бути особливо важливою для забезпечення належного догляду за шкірою. Ефективне лікування акне сприятиме підвищенню самооцінки та покращенню якості життя військовослужбовців.

Мета. Розробити рекомендації щодо оптимізації топічного лікування акне у військовослужбовців.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі шкірно-венерологічного відділення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону впродовж 2022-2023 років. У дослідженні було проаналізовано дані 112 військовослужбовців (78 чоловіків, чий середній вік склав 25 ± 0.34 та 34 жінки, чий середній вік 23.41 ± 0.96). Пацієнти, яким відповідно до форми та ступеня тяжкості акне рекомендоване топічне лікування та пройшли критерії відбору були поділені на 4 групи: 1-а група включала в себе 7 пацієнтів з діагнозом легке папульозне акне, легкий ступінь тяжкості; 2-а група складалась з 25 пацієнтів з діагнозом помірно папуло-пустульозне акне, середній ступінь тяжкості; 3-я група включала в себе 13 пацієнтів з діагнозом тяжке папуло-пустульозне акне, тяжкий ступінь; 4-а група складається з 4 пацієнтів з діагнозом помірно вузлове акне, тяжкий ступінь. Оцінювання тяжкості акне та якості життя пацієнтів проводили згідно міжнародної шкали Global Acne Grading System (GAGS) для об'єктивної оцінки тяжкості акне та адаптованого опитувальника "Дерматологічний індекс якості життя" (DLQI) [3] для суб'єктивної оцінки перебігу захворювання та його впливу на якість життя. Отримані результати було проаналізовано за допомогою статистичних методів.

Пацієнти 1-ої групи отримували ДУАК гель (1 % кліндаміцину фосфату, 5 % бензоїл пероксиду (BPO)) 1 раз на добу. Пацієнти 2-ої групи отримували Гель Дерива С МС (0,1% адапалену, 1% кліндаміцину фосфату) точково на елементи висипу 1 раз на добу. Пацієнти 3-ої та 4-ої групи отримували: Доксциклін у дозі 100 мг/добу перорально + Гель Дерива С МС (0,1% адапалену, 1% кліндаміцину фосфату) 1 раз на добу. Результати проведеної терапії оцінювали на 14 та 28 день від початку терапії з використанням об'єктивного обстеження пацієнтів: підрахунок кількості незапальних (відкритих і закритих комедонів), запальних елементів (папул, пустул, вузлів), визначенням площі запалення від вихідного рівня.

Результати. За результатами об'єктивної оцінки стану пацієнтів на 28 день від початку терапії 2-а група демонструє найбільш значиме зменшення кількості незапальних та запальних елементів, а також площі запалення порівняно з іншими групами (48%, 41%, 42% відповідно). 4-а група на 28 день мала найменший ефект, ніж інші групи (26%, 27%, 25%). Загалом, всі групи показали зменшення кількості незапальних та запальних елементів, а також площі запалення на 28 день від початку терапії.

При проведенні порівняльної оцінки методів топічного лікування акне в обстежуваних групах військовослужбовців з рекомендаціями МОЗ України [2] виділили наступні недоліки: в 1-й та 2-й групах не були використані рекомендовані МОЗ України препарати для топічного лікування акне, такі як гель з Адапаленом як монотерапія та Азелаїнова кислота. Також, були застосовані комбіновані гелі з антибіотиком як препарати першої лінії для топічного лікування акне замість рекомендованих комбінації Адапален з ВРО (ФК). Недоліком проведеного місцевого лікування у 3-ій і 4-ій групах було використання антибіотиків місцево і перорально одночасно без призначення ВРО, що може призвести до розвитку антибіотикорезистентності, а також сприяти дисбактеріозу кишечника, що погіршує якість подальшого лікування.

Висновки:

1. Рекомендації МОЗ України щодо топічного лікування акне, згідно стадійності захворювання, дозволяють ефективно вирішувати питання топічного лікування акне у військовослужбовців.
2. При наявності легкого та середнього ступеня тяжкості папуло-пустульозного акне без генералізованого процесу рекомендовано починати топічне лікування з комбінації Адапален + ВРО (ФК).
3. Для лікування тяжкого папуло-пустульозного та помірного вузлового акне потрібно призначити одну із схем: Системний антибіотик + Адапален або Системний антибіотик + Азелаїнова кислота або Системний антибіотик + Адапален + ВРО (ФК).

Список літератури:

1. Веретельник О. В., Резніченко Н. Ю., Красько М. П., Луцан Г. А. Вульгарні акне у практиці сімейного лікаря: етіологія, патогенез, діагностика та лікування. Сімейна медицина. 2015. № 2. С. 126-133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_2_29.
2. Державний експортний центр МОЗ України. (2017). Акне: Клінічна настанова заснована на доказах.
3. Дерматологічний індекс якості життя (DLQI): методичні рекомендації з застосування. Київ: МОПІОН, 2018. 16 с.
4. Хиць А. Р. Персоналізований підхід до лікування акне. Український медичний часопис. 2021. URL: <https://www.umj.com.ua/article/215319/personalizovanij-pidhid-do-likuvannya-akne>.
5. Park A. M., Brahe C. Oral Isotretinoin for Acne in the US Military: How Accelerated Courses and Teledermatology Can Minimize the Duty-Limiting Impacts of Treatment. *Cutis*. 2022. Vol. 109, N 2. P. 75-78. DOI:10.12788/cutis.0452.
6. Review of Tretinoin-Benzoyl Peroxide in The Treatment of Acne Vulgaris / R. Singh et al. *J Drugs Dermatol*. 2022. Vol. 21, N 10. P. 1098-1103.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF ADMISSION TO THE PSYCHIATRIC CLINIC DURING THE YEAR OF THE FULL_SCALE WAR

Yevhenii Serhiyovych Atamanenko Ukrainian Military Medical Academy amperr3@gmail.com
Gregorii Ivanovich Galchenko, senior teacher of the Department of Military General Practice of Family Medicine, Ukrainian Military Medical Academy gi-galchenko@ukr.net

Introduction: With the beginning of a full-scale war, the number of combatants directly involved in hostilities increased significantly. In the course of protecting the sovereignty and territorial integrity of our state, the personnel is negatively affected by excessive psycho-traumatic factors.

Analyzing the experience of previous military conflicts, average psychogenic losses amounted to 10-25%. In 2014, with the beginning of the military aggression of the Russian Federation, almost 80% of directly involved servicemen had psychogenic affects, and in 30-40% of cases, certain pathological symptoms persisted [1].

According to the analysis for the period of active armed conflict in 2014-2016, of all servicemen who underwent treatment for mental disorders, 32% were recognized as unfit for military service in peacetime, limited fit in wartime. In 2014-2016, a total of 3,672 servicemen were hospitalized in psychiatric clinics with diagnoses of GRS and PTSD, which accounted for 42.45% of those hospitalized in therapeutic departments [2].

The system of organizing psychiatric care is determined not only by the structure of sanitary losses, but also by the nature of the conduct of hostilities, the forces and means of the medical service, especially in the forward area, and the specifics of the theater of war. It should also be taken into account the fact that modern types of weapons, including informational and psychological operations, significantly affect the mental health of military personnel [3]

Depletion of the body's adaptive mental and physical systems leads not only to the chronicity of the pathological process, but also to the involvement of new forms of mental disorders [4].

One of the most common mental disorders accompanying PTSD are anxiety and/or depressive syndromes, as well as disorders associated with the abuse of psychoactive substances. Thus, according to the US National Review of Comorbid Diseases, 88% of men and 79% of women were diagnosed with another disease in addition to PTSD [5].

Determining the trends of psychiatric disorders will make it possible to improve the system of providing psychiatric care in the Armed Forces of Ukraine, as well as to assess the magnitude of the challenges it is facing now and expected in the future.

Purpose: To study the structure of diseases with which servicemen were treated in the inpatient clinic at the Psychiatry Clinic of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" (NMMCC "MMCH"). To determine the main emerging trends in psychiatric morbidity and their impact on the health of servicemen of the Armed Forces.

Materials and methods: Collected in the course of the study and formed a statistical database of 2003 disease histories of patients of the Psychiatry Clinic of the NMMCC "MMCH". The period taken for analysis: from February 24, 2022 to February 24, 2023.

Research results: In the course of the analysis of the structure of hospitalization in the psychiatric clinic for the current period, according to the specific value of the nosological groups in Chapter V of the ICD-10, it was established:

1. The first ranking place with the indicator (82.87%) is occupied by the group F 40- F 49 Neurotic, stress-related and somatoform disorders, the second place (5.69%) is F 20- F 29 Schizophrenia, schizotypal states and delusions disorders, third place (4.59%) F 10- F 19 Mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances.

2. Manifestations of combat mental trauma, according to anamnestic data, include: anxiety-depressive disorder diagnosed in 34.1% of patients, post-traumatic stress disorder in 23.41% of patients, astheno -neurotic disorder in 15.47% of patients, acute reaction to stress in 5.89% of patients, which is 78.87% of all cases of hospitalization.

3. Post-traumatic stress disorder was diagnosed in 469 patients, with the status of a participant in hostilities and anamnesticly confirmed participation in ATO/OOS with receiving a psychotraumatic experience in 410 patients (87.42%). Accordingly, 349 patients, or three quarters (74.41%) of all patients, were recognized as unfit for continued service by the decision of the Military Medical Commission (MMC).

4. After dividing the servicemen with PTSD according to the type of service, 53.1% of servicemen were mobilized and, accordingly, 46.9% of servicemen were under contract. However, relative to the total number of admissions, the distribution by category is as follows: 74.09% of servicemen on mobilization, 24.86% of servicemen on contract, 1.04% of conscript servicemen.

5. By dividing the servicemen with PTSD by rank, the relative equality of the categories of soldiers 36.03%, sergeants 34.96%, and officers 28.99% was established. However, relative to the total number of admissions, the distribution by categories is as follows: soldiers 58.86%, sergeants 22.56%, officers 18.57%.

6. Every third patient (34.1%) was diagnosed with an anxiety-depressive disorder. Dividing the patients by category, it was established that 85.5% were mobilized servicemen, 13.8% were contract servicemen, and 0.7% were conscripts. More than half (55.78%) of patients with this disorder were recognized as unfit for continued service by the decision of the Military Medical Commission (MMC).

Conclusions: The work carried out determines the need for further investigation of morbidity trends. The obtained data indicate the formation of a significant psychotraumatic experience, which directly affects the quality of life of servicemen and the ability to continue further military service.

Literature:

1. Integrative approach to psychodiagnostics of post-traumatic stress disorder in participants of anti-terrorist operation / O.V. Druz , Yu.G. Hrynevych, I.O. Chernenko // Journal of Education , Health and Sports . 2016. No. 6(11). P. 75-94.

2. Organization of providing medical care to servicemen with psychiatric disorders during the anti-terrorist operation in eastern Ukraine / A.P. Kazmirchuk , G.V. Ivantsov , I.M. Lyovkin // Military medicine of Ukraine (January 2017, volume 17). - P. 18-20.

3. Organization of medical and psychological assistance to servicemen of the Armed Forces of Ukraine / V.V. Stebluk , A.V. Shvets, K.V. Pronoza- Stebluk // Medical psychology. 2019. Volume 14, No. 3. P.80-84.

4. Tanielian T, Jaycox L. Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery. Santa Monica, Calif: RAND Corporation; 2008.

5. Comorbidity of Mental and Physical Disorders / ed. by Sartorius N., Holt R. I. G., Maj M. // Key Issues in Mental Health. Basel: Karger, 2015. Vol. 175-188p. doi: <http://doi.org/10.1159/000366509>

КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ: ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ

Вальков Тимофій Миколайович, старший лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів
Українська військово-медична академія
E-mail: tim.valkov@gmail.com

Вступ. Подагра залишається однією з важливих проблем сучасної клінічної практики [1, 2]. Доведено негативний вплив подагри та гіперурикемії на ризик розвитку серцево-судинних ускладнень та коморбідної патології. Цей аспект проблеми має важливе значення і для військової медицини, позаяк подагра відноситься до найбільш поширених запальних захворювань суглобів у осіб чоловічої статі, часто зустрічається як коморбідний стан у військовослужбовців з серцево-судинними захворюваннями та має негативний вплив на ризик розвитку ускладнень [3, 4]. Актуальним є дослідження поширеності та лікування коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на подагру.

Мета: Провести комплексний аналіз поширеності коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на подагру, які перебували на стаціонарному лікуванні в Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено аналіз 20 історій хвороби пацієнтів кардіоревматологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ», з діагнозом подагра, які проходили лікування в 2020 р. Всі хворі були чоловічої статі, віком від 30 до 59 років. Для проведення дослідження і стандартизації підходу була розроблена спеціальна «Карта оцінки перебігу подагри та коморбідної патології у військовослужбовців». Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використовувалась програма Microsoft Excel. Математична обробка включала розрахунок первинних статистичних показників.

Результати та обговорення. Численні наукові дослідження показали, що хворі на подагру, мають більш високий ризик розвитку ішемічної хвороби серця, серцево-судинної смерті в порівнянні з населенням в цілому. За результатами наших досліджень ішемічну хворобу серця діагностовано у 35 % військовослужбовців, хворих на подагру, артеріальну гіпертензію – у 85 %. Ожиріння є чинником, який значно збільшує ризик порушення ліпідного, пуринового та вуглеводного обміну, що в свою чергу має негативний вплив на прогноз у хворих на подагру. Встановлено, що 60 % хворих мали ожиріння і тільки 5 % нормальну масу тіла. Подагра зазвичай асоціюється з порушенням вуглеводного обміну. За результатами наших досліджень порушення толерантності до глюкози було визначено у 30 % хворих, цукровий діабет II типу було діагностовано у 25 %, захворювання щитоподібної залози – у 30 %. Важливо враховувати, що цукровий діабет має значимий вплив на прогноз у хворих на подагру щодо розвитку серцево-судинних ускладнень. Потребує на увагу значна поширеність коморбідних хвороб кістково-м'язової системи у військовослужбовців, хворих на подагру: остеоартроз – 95 %, остеохондроз хребта – 20 %, плоскостопість – 50%. В цілому результати дослідження засвідчили, що сумарна кількість захворювань у одного військовослужбовця була – від 2 до 14 (в середньому 6,8 захворювань).

Визначено, що всі пацієнти отримували стандартне лікування гострого нападу подагри, яке включало призначення преднізолону (60 %) та/ або нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, німесулід, мелоксикам тощо) – 100%. Для попередження побічних ефектів терапії з боку шлунково-кишкового тракту призначали інгібітори протонної помпи (пантопразол, лансопразол, омепразол) 80% хворих.

Для лікування коморбідної артеріальної гіпертензії призначили інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (еналаприл, лізіноприл, каптоприл) 40 % хворих, блокатори рецепторів ангіотензину (телмісартан, лозартан) – 35 %, блокатори кальцієвих каналів (амлодипін) – 10 %, бета-адреноблокатори (бісопролол) – 25 %, що в цілому відповідає сучасним рекомендаціям.

Висновки. Результати дослідження засвідчили, що найбільш поширеними коморбідними захворюваннями у військовослужбовців, хворих на подагру, які лікувались в кардіоревматологічному відділенні НВМКЦ «ГВКГ», були остеоартроз (95 %), артеріальна гіпертензія (85 %), ожиріння (60 %), ішемічна хвороба серця (35 %), цукровий діабет (25 %). Загальна кількість захворювань у хворих на подагру була від 2 до 14 (в середньому – 6,8). В цілому лікування хворих на подагру з коморбідною патологією в НВМКЦ «ГВКГ» відповідає сучасним рекомендаціям.

Список літератури

1. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout / Richette P. et al. *Ann. Rheum. Dis.* 2019. Vol 79, № 1. P. 31-38. DOI: [10.1136/annrheumdis-2019-215315](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215315)
2. Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих із гострим подагричним артритом на первинному рівні медичної допомоги / Хімїон Л.В. та ін. *Семейная медицина.* 2016. №5 (67). С. 6-10.
3. Клінічний перебіг подагри у військовослужбовців на сучасному етапі / Куц Т.В. та ін. *Український журнал військової медицини.* 2021. №2. С. 43-48.
4. Куц Т.В., Мороз Г.З. Поширеність коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини.* 2020. № 4. Т. 1. С. 29-34.

**ВИНИКНЕННЯ СЕПСИСУ НА ГРУНТІ ПАНАРИЦІЮ У ВІЙСЬКОВОГО
Волков Олександр Сергійович.** лейтенант медичної служби, слухач факультету
підготовки військових лікарів
Українська військово-медична академія
E-mail: tim.vokov@gmail.com

Вступ. Сепсис залишається глобальною медичною проблемою. Хоча інфекцію м'яких тканин традиційно включали до тріади основних причин хірургічного сепсису, більшість лікарів, як правило, не пов'язують ризик розвитку останнього з малими хірургічними інфекціями, особливо з панарицієм.

Гнійна хірургічна інфекція кисті сьогодні вважається цілком науково розробленою патологією, лікування якої проводиться за чітко визначеними критеріями та з достатньо високою ефективністю. Це зумовило вважати панарицій безпечним захворюванням без ускладнень, яке не може загрожувати життю пацієнта. Деякі автори допускають можливість летальних ускладнень, в тому числі сепсису.

Мета. З'ясування ймовірності розвитку сепсису при панариції на основі аналізу клінічного випадку.

Матеріали і методи. Хворий М. 22р., госпіталізований 25.05.2022 року в лікарню зі скаргами на наявність гострого болю II пальця правої кисті, з'явився біль, набряк, що поступово збільшувався.

З анамнезу: зі слів хворого, 4 дні тому у ході виконання службових обов'язків вколовся гострим металевим предметом в ділянці фаланги II пальця правої кисті, біль при пальпації, порушення функцій, під шкірою наявний вміст гнійного характеру. В амбулаторних умовах лікувався консервативно: проводилась антибактеріальна терапія (цефтриаксон, лінкоміцин), протинабрякова та протизапальна терапія. Об'єктивно на третю добу стан задовільний. Був виписаний, для подальшого проходження служби.

Однак через 10 днів з моменту виписки пацієнт повторно звернувся до хірурга зі скаргами на різке погіршення самопочуття, наявність пульсуючого болю та набряк II пальця правої кисті.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви гіперемійовані, набряк шкіри, гнійні виділення в області пальця, ріжуча біль. Температура тіла – 38° С Дихання везикулярне, ЧД – 20 д.р./хв.

Лабораторно: Нb – 148 г/л, L – $5,6 * 10^9$, e – 1, п – 4, с – 44, л – 18, ШОЕ- 28 мм/год, біохімічний аналіз крові коагулограма та загальний аналіз сечі в межах норми.

Встановлено діагноз: підшкірний панарицій II пальця правої кисті. Під місцевою анестезією виконано хірургічну обробку та розкриття і дренивання гнійного панарицію. Не зважаючи на інтенсифікацію комплексної терапії зберігались септичні прояви, періодично виникали гнійні кровотечі з рани.

На фоні знеболюючої та протизапальної терапії, місцевого лікування, загальний стан пацієнта покращився. Через 10 днів у задовільному стані виписаний зі стаціонару.

Результати. Панарицій вважається безпечним захворюванням і без проблем лікується амбулаторно. Навіть найгірший варіант перебігу клінічного процесу панарицію може призвести лише до паралічу хворого, але ніколи до летальних наслідків. Однак, як показує клінічний випадок – це твердження може бути помилковим.

Слід зазначити, що ймовірність розвитку сепсису при гнійних захворюваннях рук переросте в реальну загрозу лише за умови формування патогенетично несприятливого середовища. У нашому випадку – велика недооцінка патології, неефективне та тривале амбулаторне лікування, розвиток віддалених запальних ускладнень. Фактичний розвиток цього жахливого ускладнення стає головною проблемою для прийняття відповідних тактичних рішень і в окремих випадках може призвести до смерті хворого.

Висновки. У деяких випадках панарицій може ускладнюватися сепсисом. Це відбувається при недооцінці даної патології та неефективному тривалому амбулаторному

лікуванні. Повноцінна, радикальна хірургічна обробка виконана в ранні терміни захворювання запобігає виникненню гнійно-септичних ускладнень та сприяє кращому лікувально-відновлювальному процесу.

ДИСМЕТАБОЛІЧНІ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ВІЙСЬКОВИХ

Гладкевич Тетяна Олегівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Галан Наталія Василівна, доцент кафедри ВЗП-СМ, к.мед.н, Українська військово-медична академія, E-mail: ti1988ov@gmail.com

Актуальність. Дисметаболичні полінейропатії є серйозним захворюванням, яке може значно погіршити якість життя військовослужбовців та вплинути на їхню ефективність. Ускладнення таких полінейропатій можуть призвести до інвалідності та непрацездатності, та впливати на бойову готовність військовослужбовців. Тому вивчення цієї проблеми та розробка ефективних методів профілактики та лікування дисметаболичних полінейропатій у військових є дуже важливим завданням для медичної науки та практики.

Мета. Аналіз основних чинників дисметаболичних нейропатій у військовослужбовців для визначення ефективних методів лікування і профілактики.

Метеріали і методи. Вивчення медичної документації військовослужбовців з цукровим діабетом, які звернулися за медичною допомогою зі скаргами на симптоми дисметаболичної полінейропатії. Збір анамнезу та проведення фізичного обстеження пацієнтів з цукровим діабетом, що включали оцінку рівня фізичної активності, діабетичного контролю, в залежності від тривалості та характеру служби в армії. Статистичний аналіз даних для визначення частоти виникнення дисметаболичної полінейропатії у військовослужбовців з цукровим діабетом, а також оцінка зв'язку між факторами ризику та розвитком цього стану. Визначення ефективності різних методів лікування та профілактики дисметаболичної полінейропатії у військовослужбовців з цукровим діабетом. Методологічною основою дослідження є загальні методи наукового пізнання: бібліосистематичний, аналітичний, діалектичний, структурно-логічний, історичний та узагальнений.

Результати. Серед ретроспективно обстежених історій хвороб хворих на ЦД у 57% були ознаки дисметаболичної нейропатії. Серед хворих на ЦД з ознаками ДН: 35% були курці, 52% мали підвищену масу тіла. Серед хворих на ЦД без ознак ДН: 22% були курці, 54% мали підвищену масу тіла. Серед клінічних проявів ДН найбільшу частку мають порушення чутливості (92%), м'язева слабкість (85%), біль в кінцівках(67%), порушення рефлексів (51%), атрофія м'язів (43%). Була досліджена частота розвитку ДН залежно від тривалості служби. Так серед хворих на ЦД з ознаками ДН: 6% служили менше 5 року, 29% служили від 5 до 10 років, 31% служили від 10 до 15 років, 34% служили більше 15 років. Була досліджена частота розвитку ДН залежно від перенесених травм головного мозку. Серед хворих на ЦД з ознаками ДН: 17% мали історію травм ГМ. Серед хворих на ЦД без ознак ДН: 5% мали історію травм ГМ.

Висновки.

1. У хворих на ЦД, що палять більший ризик розвитку дисметаболичної нейропатії. Тоді як підвищена маса тіла не має суттєвого впливу на ризик розвитку ДН.

2. Встановлено, що частота виникнення полінейропатій зростає зі збільшенням тривалості служби.

3. Ризик розвитку дисметаболичних полінейропатій збільшується у військовослужбовців, які мають історію травм головного мозку.

АБДОМІНАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Гнатюк Світлана Миколаївна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Вступ. Абдомінальний больовий синдром є провідним у клініці більшості захворювань органів травлення. Безумовно з цією проблемою щодня стикаються не тільки гастроентерологи, а і лікарі багатьох спеціальностей, в першу чергу, лікарі загальної практики [1]. Однією із основних проблем як з діагностичної, так і з лікувальної точок зору є абдомінальний біль, який в більшості випадків є основним симптомом гастроентерологічного захворювання [2]. Причини та механізми його виникнення численні та різноманітні. Разом з тим, основні характеристики болю різної етіології не мають суворої специфічності і часто схожі між собою, що може призводити до діагностичних помилок і правильності лікування [3].

Згідно зі звітом Української гастроентерологічної асоціації, точність діагностики причин болю в животі до початку XXI століття склала лише 50%. Проміжок часу між появою болю в животі та остаточної верифікації діагнозу, включаючи злякисні новоутворення, становив від 8 до 37 тижнів [4].

Мета дослідження. Встановити частоту і основні характеристики абдомінального больового синдрому у військовослужбовців, обсяг лікувально-діагностичних заходів на первинному рівні та розробити маршрут військовослужбовця з абдомінальним больовим синдромом для лікаря загальної практики.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз медичних карток 91 військовослужбовця стосовно виникнення абдомінального больового синдрому при захворюваннях органів травлення. Порівняльна характеристика частоти, виразності, локалізації та інтенсивності больового синдрому серед військовослужбовців за період 2020-2023 років.

Результати дослідження. За результатами дослідження виникнення абдомінального больового синдрому серед різних категорій військовослужбовців за період 2020-2023 роки, встановлено, що за локалізацією абдомінальний біль найчастіше виявляють в ділянці епігастрію, а саме у 46 хворих, що складає 50,5% від всієї кількості обстежених пацієнтів. На другому місці за локалізацією виділяють біль за грудиною в 25,3% випадків, у 11,0% пацієнтів спостерігається біль та дискомфорт у лівому підребер'ї, а також по 6,6% хворих висловили скарги на біль в ділянці мезогастрію та правого підребер'я відповідно. За характером болю ниючий діагностували у 42,8% хворих, пекучий біль в 39,6%, оперізуючий біль наявний у 11,0% пацієнтів та ріжучий біль виникав у 6,6% відповідно. За виразністю найчастіше зустрічався біль помірного характеру, виявлений у 74,7% хворих. У 18,7% випадків абдомінальний біль був незначною виразністю. Проте, виражений біль виявляли найрідше у 6,6% від всіх випадків. По частоті синдром абдомінального болю найчастіше спостерігався періодичний біль, який складав 60,4%. Постійний абдомінальний біль спостерігається в 30,8% випадків, а скарги на поодинокі епізоди абдомінального болю висловлювали 8,8% пацієнтів.

Висновки. Згідно результатів досліджень з найбільшою частотою абдомінальний біль локалізувався в ділянці епігастрію. Пацієнти в більшості випадків висловлювали скарги на ниючий біль, що мав помірний характер та виникав з періодичною частотою. Вивчення характеристик абдомінального больового синдрому при різних захворюваннях органів травлення серед військовослужбовців дозволить визначити алгоритм діагностичного пошуку лікарем загальної практики на первинній ланці в умовах медичних пунктів військових частин. Що дозволить виявляти на ранньому етапі причини виникнення абдомінального болю, вчасно діагностувати захворювання органів травлення та надавати медичну допомогу зменшуючи розвиток хронічних захворювань органів травлення, що також допоможе зміцнити боєздатність особового складу ЗС України.

Список літератури:

1. Hadizadeh F., Bonfiglio F., Belheouane M. et al. Faecal micro-biota composition associates with abdominal pain in the general population // Gut. — 2018. — Vol. 67. — P. 778 — 779
2. Сучасні методи дослідження в гастроентерології/ Ю.М. Степанов, М.Б. Щербиніна, І.М. Кононов [та ін.]. – Дніпропетровськ-Запоріжжя: Свідлер, 2019. – 184 с
3. Chou R., Hartung D., Turner J. et al. Opioid treatments for chronic pain. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.
4. Практикуючий лікар, №3, 2013 – А. С. Свінціцький, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, - www.likar-praktik.kiev.ua

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ ООС/АТО**

Літинський Андрій Олександрович - лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Коваль Сергій Борисович- працівник ЗСУ, доцент кафедри ВЗП-СМ ЛЗП-СМ
Українська військово-медична академія
andrejlity@gmail.com

Інфекції сечовидільної системи- це найбільш розповсюджена патологія нирок та органів малого тазу. Серед учасників дослідження більше половини мали симптоми, що могли свідчити саме про інфекції сечовидільної системи. Найчастіше. причинами виникнення інфекцій сечових шляхів стають переохолодження, неправильне харчування, хронічні стреси та незадовільні санітарно- гігієнічні умови- тобто всі ті умови, в яких дуже часто перебувають учасники бойових дій. І, як було з'ясовано, захворювання сечовидільної системи займають третє місце, після поранень та захворювань шлунково- кишкового тракту в загальній структурі захворювань учасників АТО/ООС, а цистит, уретрит, гострий й хронічний пієлонефрит – захворювання, які найчастіше викликають інфекції, складають більше 40 % всіх випадків захворювань сечовидільної системи.

Мета дослідження: дослідити та проаналізувати медико-соціальні наслідки в учасників Операції об'єднаних сил та АТО.

Методи дослідження: В основу покладено аналіз анкет військовослужбовців ЗСУ, а саме 70 військовослужбовців віком від 20 до 50 років, що приймали участь в ООС/АТО і знаходилися на лікуванні в Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» м. Київ.

Результати дослідження: Половина опитуваних протягом останнього року відмічала наявність симптомів, які можуть свідчити про захворювання сечовидільної системи, 14% учасників дослідження зверталися до лікаря через проблеми з сечовидільною системою, 2 військовослужбовців зазнали травм чи поранень органів сечовиділення під час перебування в зоні ООС/АТО.

Наявність в учасників дослідження посттравматичного стресового розладу: у 12 (54 %) представників солдатсько- сержантського складу та у 14 (30%) офіцерів, що приймали участь у бойових діях свідчить про захворювання сечовидільної системи, що пов'язано із впливом сильного стресу.

Висновки: Згідно з проведеним дослідженням можна зробити висновок, що захворювання сечовидільної системи займають третє місце після поранень та захворювань шлунково-кишкового тракту і складають 14% в загальній структурі звернень по медичне допомогу.

Основні причини виникнення захворювань сечовидільної системи в учасників АТО/ООС- інфекції органів сечовидільної системи, забій і травмування органів малого тазу, катетеризація сечівника в нестерильних умовах. Найчастіше в учасників ООС/АТО зустрічаються такі захворювання, як уретрит, цистит, пієлонефрит та гломерулонефрит.

Список літератури:

1. Чабан О.С. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні посттравматичного стресового розладу — Київ:НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія, 2015.
2. Сімейна медицина: в 5т. Т1. Внутрішні хвороби: в 2кн. 2. Хвороби органів травлення. Хвороби нирок і сечовивідних шляхів. Хвороби органів кровотворення. Експертиза працездатності при патології внутрішніх органів / Є.Х. Заремба, Ю.Г. Княк та інші; За ред. В.Г. Передерія, Є.Х. Заремби.- К. : Здоров'я, 2006.
3. Нефрологія: Національний підручник / Л.А. Пиріг, Д.Д. Іванов, О.І. Таран (та ін.); за ред. академіка НАМН України, д.м.н., проф. кафедри нефрології та нирково-замісної терапії Пирого Л.А., д.м.н., проф., зав. кафедри нефрології та нирково-замісної терапії Д.Д. Іванова. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2014.

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ
РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Горностаї Олександр Олександрович лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, слухач
Українська військово-медична академія
E-mail: tim...3456v@gmail.com

Вступ. В Україні кожного року реєструють багато випадків грипу та інших ГРВІ. За всі часи саме грипу приділяється більше уваги, адже як наслідок виникають епідемії та пандемії. Ураження людей вірусом супроводжується певними симптомами, які можуть призвести до ускладнень. До таких відносять: риновіруси, аденовіруси, віруси парагрипу, респіраторно-синцитіальні віруси, коронавіруси і деякі інші.

У новому тисячолітті суспільство зіткнулося з новою хворобою під назвою SARS-CoV-2. COVID-19 – це нове захворювання XXI століття, яке випробувало на міцність імунну систему людини. Імунні механізми були не готові для захисту на рівні всіх природжених і набутих механізмів. Лише мобілізація імунної системи, її «навчання» можуть дати бій вірусу SARS Cov-2. Імунна система людини в цій ситуації була беззбройна, бо вона не знає збудника, який працює в людському організмі. Враховуючи свою складну і досить досконалу організацію, імунна система приймає виклик щодо коронавірусної інфекції. Імунна система мобілізується і відповідає своїм вродженим і набутих імунітетом, намагається захистити та включити свою армію для того, щоб цей збудник був зупинений. Найперше з природженого імунітету активно задіюються 5 основних рецепторів на мембранах епітеліальних клітин, завдання яких активізувати клітини природженого імунітету, забезпечити продукцію інтерферонів та інших прозапальних чинників цитокінового характеру, щоб захистити організм від цього збудника.

На сьогодні лікування хворих на COVID-19, що спричинила безпрецедентну пандемію, залишається складним, оскільки препарати, які згубно діють на вірус, перебувають на етапі створення й апробації. У світі проводяться клінічні дослідження понад 350 лікарських засобів. Пошуку ефективних ліків сприяє ВООЗ. Число країн, які долучилися до виконання цієї програми, продовжує збільшуватися, причому клінічній апробації підлягають як нові препарати, так і вже випробувані при інших захворюваннях. У більшості випадків хвороба має легкий перебіг і минає самостійно, навіть без медикаментозного втручання. Рішення стосовно медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах чи в стаціонарі ухвалюється після клінічної оцінки стану пацієнта та врахування домашньої безпеки [1].

На передовій по боротьбі з хворобою лишилися медичні працівники, фармацевти всього світу. У зоні ризику опинилися люди, які, в силу специфіки своєї роботи, не в змозі самоізолюватися, або змінити спосіб життя такі як військовослужбовці, працівниками МВС, тощо. Згідно із інформацією Збройних Сил України станом на 11 грудня 2020 року в Збройних Силах України на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену

коронавірусом SARS CoV-2, хворів — 3106 військовослужбовець. Всього за час пандемії одужало — 8687 осіб. Нажаль зафіксовано 31 летальний випадок спричинений захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19

Мета. Вивчення питання профілактики та діагностики гострої респіраторної вірусної інфекції COVID-19 у військовослужбовців. Визначення основних критерії тяжкості коронавірусної інфекції.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено дослідження на базі Національного військового медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», який знаходиться у місті Києві. Аналіз медичної документації, результатів аналізів та журналів здійснювався за період 2021- 2023 рр. Також матеріалами дослідження були чинні нормативно-правові акти та керівні документи, матеріали науково-практичних конференцій, конференцій керівного складу медичної служби, наукові видання.

Відповідно до поставленої мети було обстежено 150 історій хвороб хворих (мінімальний вік – 18 років, максимальний вік – 65 років), які перебували на стаціонарному лікуванні у період 2021-2023 рр. з діагнозом ГРВІ середньотяжкого і тяжкого ступенів.

Аналіз клінічної симптоматики і динаміки імунологічних показників лабораторно підтвердженої КВІ було проведено у 45 хворих. Важливим завданням було визначення ряду параметрів та характеристик у 45 хворих на КВІ на момент госпіталізації, що дозволяє нам описати клінічні критерії діагностики КВІ на етапі надання первинної медико-профілактичної допомоги хворим.

Для визначення тяжкості захворювання враховували ступінь підвищення температури тіла і її тривалість, виразність і тривалість інтоксикації (загальна слабкість, головний біль, міальгії, ломота в тілі і суглобах, нудота, блювання), катарального синдрому (дертя в горлі, осиплість голосу, нежить, кашель).

Результати та обговорення. Пацієнтів з перебігом хвороби легкого ступеня тяжкості – не було, тому що із такими симптомами люди лікувалися амбулаторно. Підвищення температури тіла до фебрильних цифр протягом 3-4-х діб, вираженій інтоксикація і катаральні прояви свідчили про середньотяжкий ступінь хвороби. Тяжкий ступінь хвороби діагностували при гострому початку, підвищенні температури тіла до 39-41 °С, різко вираженій інтоксикації, сильних міалгіях, значній загальній слабкості, порушенні свідомості та маренні, галюцинаціях, непритомному стані, судомах. Розвиток ускладнень з боку органів дихання підсилював тяжкість хвороби.

У пацієнтів із середнім ступенем тяжкості перебігу COVID-19 переважав синдром інтоксикації, який виявлявся лихоманкою до 38-38,5 °С і слабкістю більш ніж у 89,6 % випадків. Слід також відзначити симптоми ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у вигляді діареї у 7 (24,1 %) та нудоти, блювання у 5 (17,2 %) хворих, що узгоджується з даними літератури [3]. При тяжкій формі перебігу COVID-19 у всіх хворих спостерігали виражені симптоми інтоксикації, що виявилися гіперпіретичною (39-40 °С) лихоманкою, сильною слабкістю, ломотою у тілі. Рівень лихоманки був ранньою ознакою, які передбачали розвиток важкого перебігу захворювання.

У військовослужбовців з тяжкою формою перебігу COVID-19 висока лихоманка була тривалою з коливаннями від 6 до 9 днів. У всіх хворих достовірно частіше, ніж при середньотяжкому перебігу захворювання, відзначалися кашель, задишка, почуття здавленості у грудях з розвитком інтерстиціальної пневмонії та наростаючої дихальної недостатності. Найбільш важка задишка з'являлася до 8-9-го дня хвороби.

У пацієнтів з тяжким перебігом захворювання частіше реєстрували шлунково-кишкові розлади у вигляді нудоти, блювання (25 %), рідкого випорожнення (25 %) та болі в животі (18,8 %). Шлунково-кишкові розлади, можливо, обумовлені розвитком катарального гастроентероколіту, оскільки виявлення в цитоплазмі епітеліальних клітин слинних залоз, шлунка, дванадцятипалої та прямої кишки нуклеокапсидного білка SARS-CoV-2 задокументовано і зазначено, що вірус вражає клітини-мішені, які мають рецептори АПФ2 [10].

При середньотяжкому перебігу COVID-19 у пацієнтів у загальному аналізі крові кількість лейкоцитів не виходила за межі значень норми, водночас у II стадії стало значно вище. У пацієнтів із тяжкою формою COVID-19 від початку хвороби в гемограмі відзначали лейкопенію і лімфопенію, що статистично значуще перевищувало оцінювані показники із середнім ступенем тяжкості хвороби. У стадії розвитку вірусного пневмоніту (9-19-й дні хвороби) відзначався помірний, у ряді випадків високий (до $24 \times 10^9/\text{л}$) лейкоцитоз і наростала лімфопенія в порівнянні з I стадією (1-8-й дні хвороби) і з середньотяжким перебігом COVID-19. У пацієнтів у динаміці хвороби розвивалася помірна тромбоцитопенія, проте у 5 пацієнтів на тлі прогресування пневмоніту виявлена виражена тромбоцитопенія ($97,6 \pm 8,7 \times 10^9/\text{л}$). При тяжкому перебігу COVID-19 підвищені показники фібриногену в крові у поєднанні зі статистично значущим наростанням рівня D-димери відображали ступінь тяжкості COVID-19, що узгоджується з даними літератури.

Висновки.

На основі проведеного дослідження були визначені основні клінічні прояви коронавірусної інфекції та їх частота прояву. Були визначені основні критерії тяжкості коронавірусної інфекції за клінічними проявами та результатами додаткових інструментальних методів дослідження. В результаті розуміння основних критеріїв тяжкості гострої респіраторної вірусної інфекції COVID-19 у військовослужбовців, можлива розробка кращої стратегії поведінки медичного персоналу та лікування, спрямовану на зниження ймовірності розвитку тяжких ускладнень COVID-19, а саме гострого респіраторного дистрес-синдрому, дисемінованого внутрішньосудинного синдрому, інфарктів, інсультів та інших патологічних процесів. Згідно з результатами порівняння та огляду літератури, отримані результати дослідження узгоджуються з літературними даними.

Список літератури

1. Абатуров А. Є. Патогенез COVID-19./ А.Є. Абатуров, Є.А. Агафонова, Є.Л. Кривуша, А.А. Нікуліна // Здоров'я дитини. 2020;
2. Абатуров А. Є. Роль інтерферонів в захисті респіраторного тракту. Каскад збудження системи інтерферонів / А. Е. Абатуров // Здоров'я дитини. 2007. Т. 5. № 8.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 27.10.2020 № 2438. Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)".
4. Медична мікробіологія вірусологія імунологія / За ред. академіка НАМНУ проф. Ширококова В.П. // Вінниця, «Нова книга». – 2011.
5. Тимчасові методичні рекомендації щодо діагностики та лікування гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 на рівнях медичного забезпечення. Командування медичних сил ЗСУ спільно з УВМА/Квітень 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mcdl.mil.gov.ua>
6. Наказ МОЗ України від 13.03.2020 № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19». – zakon.rada.gov.ua. – Електронний ресурс. – <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13032020--663-pro-optimizaciju-zahodivscho-do-nedopuschennja-zanesennja-i-poshirennja-na-teritorii-ukraini-vipadkiv-covid-19>.
7. Методичні рекомендації щодо профілактики, зниження рівня захворюваності особового складу ЗС України Гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <chrome-https://mcdl.mil.gov.ua>
8. М.А. Андрейчин, Н.А. Ничик, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик, І.С. Іщук, О.Л. Івахів. COVID: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА++
9. Слободяник Г. І., Дякова Л. Ю., Джан Т. В., Нікітюк О. В., Черноусан В. М. Посібник з надання першої долікарської та лікарської допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України при COVID-19 (SARS CoV-2). Київ, 2021.

10. Харитоновна Л.А. Ураження органів травлення при COVID-19 / Л.А. Харитоновна, І.М. Османов, А. А. Плоскірева// Експериментальна і клінічна гастроентерологія. 2021. № 1.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Демиденко Олександр Юрійович лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія
E-mail: 7676lkov@gmail.com

Вступ. Проблема артеріальної гіпертензії вкрай актуальна, як для цивільного населення, так і військовослужбовців, оскільки є частим синдромом серцево-судинних захворювань, так і окремою проблемою. Специфіка роботи військовослужбовців вимагає більш детального вивчення причин артеріальної гіпертензії і підходів до лікування, оскільки в роботі домінує велика психоемоційна напруга, що не є частіше перцопричиною серед цивільного населення.

Мета. Покращення результатів та оптимізація діагностики, лікування артеріальної гіпертензії. Дослідження рівня доказовості провідних препаратів для лікування в Україні.

Матеріали і методи. Комплексний підхід до вирішення проблем артеріальної гіпертензії та її наслідків може призвести до поліпшення показників стану здоров'я. Ефективність лікування визначається досягненням цільового рівня АТ, зниження ризику ССЗ та уповільнення прогресування ураження органів-мішеней [2; 4]. Прогресування артеріальної гіпертензії більшою мірою пов'язане з реактивністю судинної стінки, ніж із рівнем підвищення артеріального тиску [5]. Професійна діяльність військовослужбовців тісно пов'язана з стресовими ситуаціями, що повторюються, і тому вивчення особливостей протікання АГ у даного контингенту є актуальним для своєчасної профілактики серцево-судинних ускладнень.

Дослідження проводилося з урахуванням великої військово-медичної служби військової частини. Проведено дослідження вибірки з когорти військовослужбовців з дослідженням альбуміну в сечі, рівня креатиніну в плазмі крові, ліпідного спектру плазми (холестерину, тригліцеридів, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ з розрахунком фільтрації, глюкози натще і через 2 години після проведення глюкозотолерантного тесту (ГТТ), а також, визначенням концентрації гемоглобіну, гематокриту, кількості еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, середнього об'єму еритроциту за обсягом, швидкості осідання еритроцитів, проведенням добового моніторингу артеріального тиску, електрокардіографії (індексу Соколова-Лайону) та ехокардіографії.

Для обстеження з групи військовослужбовців методом випадкової вибірки було відібрано 120 пацієнтів відповідно до критеріїв включення: вік від 25 до 45 років, термін служби не менше 5 років, наявність артеріальної гіпертензії I ступеня підвищення артеріального тиску та II, III ступеня ризику. Критерії виключення вік старше 45 років, гострі судинні ускладнення в анамнезі, патологія щитовидної залози, ожиріння, цукровий діабет.

Всі пацієнти були поділені на 2 групи. Перша група, професійна діяльність якої пов'язана з роботою в екстремальних умовах, складала 62 особи, друга група – військовослужбовці, служба яких проходить у звичайних умовах – 58 осіб (середній вік 38,2 ± 1,5 року). Групу контролю склали 45 чоловіків, здорові донори (середній вік 37,5 ± 1,7 року).

Крім інформації про професійну діяльність, враховувалися такі фактори ризику: паління тютюну, зловживання алкоголем, надмірна маса тіла, психоемоційне перенапруження, нераціональне харчування.

Розраховували та оцінювали антропометричні показники (об'єм талії, індекс маси тіла). Паління (з розрахунком індексу людини, що курить, в одиницях «пачки/років») та вживання алкоголю виявлялися за даними анамнезу.

Загальноклінічні та біохімічні дослідження крові проводилися на аналізаторах фірми «HUMAN» (Німеччина) з використанням наборів реактивів цієї фірми. Для діагностики мікроальбумінурії використовували тест-смужки «Мікраль-тест» («Roch») для напівкількісного визначення альбуміну в сечі, рівень альбуміну визначали протягом місяця при одноразовому зборі сечі. Швидкість клубочкової фільтрації (СКФ) була розрахована за такою формулою: $СКФ = [(140 - \text{вік, роки}) \times \text{маса тіла, кг} \times 88] / [\text{Креатинін сироватки, мг / дл} \times 72]$ на од. (мл\хв)

Коефіцієнт атерогенності розраховувався за формулою: $[ХС-ЛПВП-ХС] \setminus [ЛПВП-ХС]$

Ехокардіографію проводили на апараті Logiq 450 Дженерал Електрик, конвексним датчиком 3,5 Мгц. ЕКГ (індекс Соколова-Лайона) було розраховано з допомогою формули – $Sv1 + Rv5-6 > 38$ мм.

Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили стандартними методами з використанням пакету прикладних програм Statistica, MS Excel.

Добовий моніторинг АТ проводився після двохтижневого скасування лікарських препаратів. Перед початком дослідження частина пацієнтів перебувала на медикаментозній терапії. Медикаментозну терапію в основній групі частіше призначали бета-блокатори та інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту.

Після первинного обстеження всім пацієнтам був призначений епросартан 600 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг (Теветен Плюс, Solvay Pharma) у дозі 1 таблетка на добу. Лікування проводили протягом 3 місяців. За цільовий рівень АТ було прийнято значення $< 140/90$ мм рт. ст. Антигіпертензивна ефективність оцінювалася також за даними ДМАТ.

Результати. Досліджувані групи достовірно не відрізнялися за статтю, віком та тривалістю артеріальної гіпертензії (у першій групі 5,4 року, у другій 5,2 роки). Рівень розвитку в основному відповідав вищій та середній (75,4 % та 24,6 % у першій групі, 76,2 % та 23,8 % у другій відповідно). При оцінці факторів ризику, групи не відрізнялися за вживанням алкоголю, об'ємом талії (ВІД) в 1-й групі становив 92,8 см, у 2-й-93,9 см, частотою паління (середній індекс курця відповідно 219,8 і 225,6 ($P > 0,5$)).

Добовий моніторинг рівнів артеріального тиску дозволив виявити суттєві відмінності між першою та другою групами. Так у військовослужбовців, чия служба проходить в екстремальних умовах, переважав тип із надмірним зниженням АТ у нічні години (у 2,4 рази частіше, ніж у групі порівняння), що може опосередковано свідчити про дисбаланс у регуляції симпатичного та парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.

За частотою варіантів артеріальної гіпертензії, у 1-й групі переважали систолодіастолічний та діастолічний варіанти.

Вивчення частоти гіпертрофії лівого шлуночка за даними ехокардіографії не дозволило виявити відмінностей у групах (25,7 % – у першій групі, 24,2 % – у другій). Індекс Соколова-Лайона в середньому у першій групі відповідав $\pm 33,5$ мм, у другій – $\pm 32,4$ мм. Підвищення цього індексу до $\pm 39,2$ мм мало місце у 11,2 % у першій групі та у 10,3 % у другій до $\pm 38,9$ мм.

При дослідженні загальноклінічних показників крові були виявлені статистично значущі відмінності між групами. Показники гемоглобіну, гематокриту, еритроцитів переважали в першій групі (Hb $170,8 \pm 2,87$ у порівнянні $162,5 \pm 3,32$ у 2-й та $159,6 \pm 3,05$ у групі контролю, Ht відповідно $48,7 \pm 3,14(1)$, $42,6 \pm 2,97(2)$, $39,3 \pm 2,89(к)$, кількість еритроцитів- $5,015 \pm 1,97(1)$, $4,76 \pm 2,05(2)$, $4,36 \pm 2,24(к)$). Швидкість осідання еритроцитів у групі з екстремальними умовами служби була в 1,26 рази нижчою, ніж у 2-й групі та в 1,46 рази порівняно з контрольною. Інтерпретація параметрів першої групи після повернення з відрядження виявила зниження гематокриту, підвищення показника розподілу еритроцитів за обсягом, прискорення ШОЕ, що може свідчити про зниження в'язкості плазми та наявність у крові різних за розміром і формою еритроцитів, їх укрупнення та можливе агрегатів, що погіршує перфузію крові через мікросудини.

За даними біохімічних досліджень, в обох групах переважав ІV тип дисліпопротеїнемії (підвищення рівня загального холестерину та тригліцеридів). У 1-й групі були відзначені більш високі рівні тригліцеридів, ХС ЛПНЩ, лактату та фібриногену.

Разом з тим, у військовослужбовців першої групи значно переважала мікроальбумінурія, що є маркером ураження судинного ендотелію, (яка в першій групі склала 42,8 % порівняно з 28,5 % у другій, 2,5% у групі контролю), при цьому звертає увагу вищі значення альбумінурії (> 200 мг/л) у військовослужбовців, чия служба проходить в екстремальних умовах.

Лікування препаратом Теветен Плюс характеризувалося гарною переносимістю, побічних ефектів не зареєстровано. Для оцінки ефективності Теветена Плюс ми досліджували динаміку основних клінічних проявів, показників ДМАТ, ЕхоКГ. Цільовий рівень АТ на тлі регулярного використання Теветена Плюс досягнуто у пацієнтів. На фоні лікування протягом 3 місяців відзначалося достовірне зниження рівня САТ.

При аналізі даних ЕхоКГ встановлено, що при застосуванні Теветена Плюс протягом 3 місяців ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) та ЛП стали менш вираженими. Підвищення індексу Соколова-Лайона до $\pm 39,2$ мм мало місце у 9,2 % у першій групі та у 8,2 % у другій до $\pm 38,9$ мм.

Заходи щодо зміни способу життя рекомендуються всім пацієнтам із артеріальною гіпертензією. Немедикаментозні методи лікування АГ сприяють зниженню АТ, зменшують потребу в АГП та підвищують їх ефективність, дозволяють здійснювати корекцію ФР, проводити первинну профілактику АГ у пацієнтів з високим нормальним АТ, що мають ФР.

Усім пацієнтам з АГ рекомендується обмеження споживання кухонної солі <5 г/добу з метою додаткового зниження АТ [10-12]. Усім пацієнтам з артеріальною гіпертензією рекомендується обмежити споживання алкоголю до 14 од/тиж у чоловіків і до 8 од/тиж – у жінок (1 одиниця дорівнює 125 мл вина або 250 мл пива). Існує тісний зв'язок між значним вживанням алкоголю та АТ, поширеністю АГ та ризиком ССЗ. Вживання алкоголю може мати сильний пресорний ефект [1]. Також рекомендуються безалкогольні дні протягом тижня [3].

Всім пацієнтам з артеріальною гіпертензією рекомендується дотримуватися раціонального харчування та запобігання ожиріння [6; 7]. Пацієнтам з АГ слід рекомендувати дотримуватися здорової збалансованої дієти, що містить овочі, бобові, свіжі фрукти, знежирені молочні продукти, рибу та ненасичені жирні кислоти (особливо оливкова олія), а також знизити споживання червоного м'яса та насичених жирних кислот [6; 8; 9]. Однак результати дослідження PURE допускають споживання червоного м'яса в деяких країнах, які не мають прямого доступу до свіжих морепродуктів, але не більше 2 разів на тиждень.

Усім пацієнтам з АГ рекомендується збільшення фізичної активності для запобігання розвитку або лікування ожиріння [6; 10; 11]. Регулярні аеробні (динамічні) фізичні навантаження можуть бути корисними як для профілактики та лікування АГ, так і для зниження смертності. Пацієнтам з артеріальною гіпертензією слід рекомендувати помірні аеробні навантаження (ходьба, біг, їзда на велосипеді, плавання, фітнес) тривалістю не менше 30 хвилин протягом 5-7 днів на тиждень. Ізометричне силове навантаження не рекомендується через небезпеку підвищення АТ.

Висновки.

1. Сучасні уявлення про артеріальну гіпертензію, сформовані на підставі епідеміологічних досліджень, включають такі поняття, як цільовий АТ, який однаковий для хворих різного віку – менше 140 і 90 мм рт. ст., а для хворих на цукровий діабет – менше 140 і 85 мм рт. ст., зниження ризику, оцінка ризику розвитку ССЗ та їх ускладнень.

2. Комплекс заходів щодо лікування та курації хворого з АГ лікарем загальної практики включає оцінку ризику розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань, лікування до зниження АТ менше 140/90 мм рт. ст.; зміну способу життя; медикаментозну терапію; забезпечення виконання рекомендацій лікаря з допомогою навчання пацієнта.

Причини незадовільного виконання лікарських рекомендацій необхідно з'ясувати, а для їх усунення використовувати прийоми недирективного консультування, індивідуального та групового навчання пацієнтів.

3. Тактика лікування хворих на АГ визначається індивідуально і спрямована на покращення якості життя, ліквідацію симптомів захворювання. Обов'язковою умовою ведення хворого з будь-яким ступенем ризику є наполеглива та інтенсивна немедикаментозна корекція способу життя та звичок. Якщо вона неефективна, треба усувати фактори ризику за допомогою ліків. Гіпотензивна терапія призначається з урахуванням оцінки ризику, ураження органів-мішеней, супутніх захворювань, і, як правило, включає два-три препарати.

4. Артеріальна гіпертензія у військовослужбовців, які проходять службу в екстремальних умовах, характеризується переважанням систоло-діастолічного та діастолічного варіантів з надмірним зниженням артеріального тиску в нічний час.

5. Для артеріальної гіпертензії у військовослужбовців характерне переважання альбумінурії та вищі показники клітинного складу крові у групі з екстремальними умовами праці.

Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія. 2020. URL: <http://amnu.gov.ua/arterialna-gipertenziya-povnyu-2020-roku/>
2. Уніфікований галузевий клінічний протокол медичної допомоги (періоді лікарської, кваліфікованої, спеціалізованої та невідкладної) «Артеріальна гіпертензія» / Міністерства Оборони України. К.: УВМА, 2014. 96 с.
3. de Zeeuw D, Remuzzi G, Parving HH, Keane WF, Zhang Z, Shahinfar S, Snapinn S, Cooper ME, Mitch WE, Brenner BM. Albuminuria, a Therapeutic Target for Cardiovascular Protection in Type 2 Diabetic Patients With Nephropathy. *Circulation*. 2004. 110. P. 921–927.
4. Diagnosing and Managing hypertension in adults 2019. American Heart Association. URL: <https://www.heart.org/en/health-topics/highblood-pressure>
5. Kearney P. M., et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005. 365. P. 217–223. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)70151-3.
6. Olsen M. H., et al. Albuminuria predicts cardiovascular events independently of left ventricular mass in hypertension: a LIFE substudy. *J Hum Hypertens*. 2004. 18. P. 453–459.
7. Olsen M. H., et al. LIFE Study Investigators. Reductions in albuminuria and in electrocardiographic left ventricular hypertrophy independently improve prognosis in hypertension: the LIFE study. *J Hypertens*. 2006. 24. P. 775–781.
8. Palatini P., et al. European Society of Hypertension Identification and management of the hypertensive patient with elevated heart rate: statement of a European Society of Hypertension.
9. Pescatello L. S., et al. American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and Hypertension. *Med Sci Sports Exerc*, 2004. 36. P. 533–553.
10. Thomas F., et al. Cardiovascular mortality in hypertensive men according to presence of associated risk factors. *Hypertension*. 2001. 37. P. 1256–1261.
11. Verdecchia P., et al. Changes in cardiovascular risk by reduction of left ventricular mass in hypertension: a meta-analysis. *Am J Hyper-tens*. 2003. 16. P. 895–899.
12. Wei M., Mitchell B. D., Haffner S. M., Stern M. P. Effects of cigarette smoking, diabetes, high cholesterol, and hypertension on all-cause mortality and cardiovascular disease mortality in Mexican Americans. The San Antonio Heart Study. *Am J Epidemiol*. 1996. 144. P. 1058–1065.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ КОРЕЛЯЦІЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Баранов Ігор Іванович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки
військових лікарів

Галан Наталія Василівна., доцент кафедри ВЗП-СМ, к.мед.н, Українська військово-
медична академія, E-mail: ti1988ov@gmail.com

Внаслідок військових подій в Україні, лікарі розпочали все більше діагностувати велику кількість психічних розладів, де на перший план в даний момент найбільш поширено проявляється це в учасників бойових дій. Це зумовлює необхідність розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при таких розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм з даних питань не тільки для лікарів-психіатрів, а і для лікарів загальної лікарської практики. Особлива актуальність дослідження цих психічних порушень пов'язана зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості, а також полягає в тому, що при вірній тактиці вирішуються питання профілактики конфліктних ситуацій, пов'язаних із феноменами девіантної поведінки, а саме, алкоголізм, суїцидальні наміри, травматизм та інше. Адже після проходження лікування та реабілітації військові знову повинні повертатися в зону бойових дій.

Мета. Встановлення кореляційних зв'язків психотерапевтичної та фармакотерапевтичної допомоги в учасників бойових дій.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 52 респондентів, які поступили у реабілітаційний лікувальний заклад Міністерства оборони України у статусі діючих військовослужбовців та проходили реабілітаційне лікування. Комплексне дослідження клініко-патопсихологічних параметрів у постраждалих в зоні бойових дій проводилось за допомогою методик: оцінки емоційної стійкості (використання методики HADS), визначення актуального психічного стану.

Обговорення результатів. Психічні порушення у постраждалих в зоні бойових дій включали: реактивні стани різних рівнів – гостру реакцію на стрес, розлади адаптації, реактивні психози, ПТСР, психічні розлади на тлі наслідків черепно-мозкових травм, синдроми залежності, психосоматичні розлади і різноманітну коморбідну патологію при соматичних захворюваннях. Відповідно до проведених шкал на початку дослідження, рівень тривожності спостерігався у 46% пацієнтів, депресії у 37% респондентів. Під час лікування тривалістю 21 день використовувались препарати групи транквілізаторів, ІЗЗС та психотерапія, яка проводилася індивідуально, кожному два рази на тиждень. Після закінчення курсу реабілітаційного лікування повторно проводилась психодіагностика та надані відповідні рекомендації щодо подальшої психотерапії. В результаті відзначалось: рівень тривоги залишився у 40% респондентів та депресії у 33% пацієнтів.

Висновки.

1. Таким чином, частка пацієнтів з тривожністю знизилася на 6%, а частка пацієнтів з депресією зменшилася на 4%.

2. На нашу думку, доцільно подовжити терміни реабілітаційного лікування, збільшити частоту психотерапевтичних бесід та доповнити протоколи лікування пацієнтів з симптомами тривоги та депресії для удосконалення психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям, які перебували в зоні бойових дій.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРОМБОЗІВ СУДИН КІНЦІВОК ПРИ COVID-19

Чернишова Юлія Юрівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів
Гаврецький Анатолій Іванович, к.мед.н., доцент кафедри ВЗП-СМ загальної практики- сімейної медицини
 Українська військово-медична академія
 E-mail: havr1972@ukrl.net

Актуальність роботи. Нова коронавірусна інфекція COVID-19 (Coronavirus disease 2019) вперше була виявлена в китайському м. Ухань, провінція Хубей, в грудні 2019 р.

При аналізі клінічної картини виявилось, що у 20% всіх пацієнтів з діагностованим COVID-19 є грубі порушення гемостазу (підвищення концентрації D-димеру [1,3] і продуктів деградації фібриногену (ПДФ) [2,4,5]), якщо хвороба протікає у важкій формі, порушення гемостазу присутні у 100% пацієнтів і вираженість їх має прогностичне значення[3],6.

Мета дослідження: провести вивчення факторів ризику розвитку тромбозів судин нижніх кінцівок при COVID-19 та можливостей їх профілактики.

Матеріали дослідження - ми провели дослідження серед пацієнтів старше 18 років, яких госпіталізували в інфекційне відділення Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» з діагнозом COVID-19. Дане дослідження проводилося в період за 2020-2022 рр., діагноз COVID-19 був підтверджений при виявленні РНК SARS-CoV-2 в мазку з носоглотки і при наявності клінічних, рентгенологічних, аналітичних даних, що дозволяють припустити наявність захворювання у пацієнтів на підставі протоколів діагностики та лікування пацієнтів згідно з чинним протоколом МОЗ України № 762 від 02 квітня 2020 р. З 150 відповідних пацієнтів 111 були обстежені на ТГВ. Таким чином, у це дослідження було включено 111 пацієнтів. У дослідження були включені пацієнти, яким було проведено ультразвукове дослідження вен нижніх кінцівок. Досліджували вени нижніх кінцівок безпосередньо методом компресії. Зокрема, якщо спостерігалася часткова або повна нестисливість венозного сегмента, це визначалося як ознака венозного тромбозу. Якщо в кінцівках були набряк або незначна припухлість, цю область досліджували більш детально.

Були зібрані дані досліджуваних пацієнтів, включаючи демографічну інформацію, таку як стать, вік, вага, зріст, час початку прояву симптомів, дата госпіталізації, супутні захворювання. Вказувалися життєві показники і результати лабораторних аналізів, виконаних в день проведення ультразвукового дослідження. У пацієнтів, яким проводилося кілька ультразвукових досліджень в різний час і були виявлені позитивні результати, вони фіксувалися в карті. Якщо тромбоз не був виявлений, це також було відзначено на карті.

Результати досліджень. До обстеження було залучено 111 пацієнтів віком ≥ 18 років, які потрапили в інфекційне відділення у зв'язку із COVID-19, підтвердженого проведенням ПЛР-тесту. В усіх пацієнтів була тяжка форма хвороби. До обстеження не залучали: 1) вагітних із підтвердженою коагулопатією в анамнезі; 2) осіб, які застосовували системні антикоагулянти на момент госпіталізації; 3) осіб, які приймали антитромбоцитарні препарати й антагоністи вітаміну К. Лабораторні тести проводили на момент госпіталізації — базовий рівень, а також на 1-; 3-; 7- та 14-й день лікування. Проводили звичайні тести на визначення порушень згортання крові: кількість тромбоцитів, концентрацію фібриногену крові, частково активованій тромбопластиновий час, протромбіновий час та міжнародне нормалізоване відношення. Визначали також агрегаційну здатність тромбоцитів, стан фібринолізу та ендогенну систему антикоагуляції за рівнем концентрації Д-Димера.

Отримані результати дослідження. У проведеному проспективному поздовжньому одноцентровому дослідженні встановлено, що пацієнти, які потрапили до реанімаційного відділення з тяжкою інфекцією SARS-CoV-2, виявляли виражений стан гіперкоагуляції, що

характеризується підвищеним рівнем фібриногену, зниженням рівня вільного білка S у плазмі крові та фібринолізу.

За даними УЗД у 43 (38,73 %) пацієнтів був діагностований тромбоз глибоких вен, у 68 (61,26 %) пацієнтів тромбоз глибоких вен не виявлено. Примітно, що у 31 (72,09 %) пацієнта була діагностована дистальна форма тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок, і лише у 12 (27,90 %) спостерігався проксимальний тромбоз глибоких вен. Середній вік становив 62 ± 10 років. Серед пацієнтів 38 (34,24 %) жінок, 73 (65,76 %) чоловіків. Середній індекс маси тіла становив 29,0 кг/м². Пацієнти з ТГВ 28,4 (27–31,5) кг/м². Пацієнти без ТГВ 29,1 (26–34,1) кг/м². Всього 29,0 (26,3–33,8) кг/м². Трьома найбільш поширеними супутніми захворюваннями були: гіпертонічна хвороба - 41 (79,11 %), хронічні захворювання легень – 39 (35,12 %) і цукровий діабет – 12 (22,7 %) пацієнтів. Крім того, у 51 (47,6 %) пацієнта було виявлено більше одного супутнього захворювання. І, нарешті, у групі з тромбозом глибоких вен було значно більше пацієнтів, які перебували у відділенні інтенсивної терапії, ніж у групі без тромбозу: 37 (33,33 %) проти 12 (10,81 %).

У 7 пацієнтів в анамнезі був епізод венозного тромбозу. При УЗ-дослідженні у 6 з них виявлено тромбоз глибоких вен.

Середня тривалість наявності симптомів до вступу у відділення інтенсивної терапії становила 10 днів.

Аналіз порівняння між групами з тромбозом і без тромбозу глибоких вен виявив значні відмінності в частоті дихання, насиченні киснем і в лабораторних даних, таких як активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), фібриноген, D-димер, с-реактивний білок, концентрація феритину і ін.

Висновки.

1. Коагулопатія при COVID-19 характеризується підвищенням рівня фібриногену та D-димеру, помірною тромбоцитопенією та незначним підвищенням ПЧ.

2. Основними факторами ризику, що підвищують вірогідність виникнення тромбоемболічних подій, були гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легень, цукровий діабет, ожиріння, чоловіча стать

3. Для оцінки стану пацієнта, встановлення тяжкості перебігу захворювання та визначення ризику виникнення тромбозу рекомендується проведення таких лабораторних тестів: клінічний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів, коагулограма (ПЧ, АЧТЧ), рівні фібриногену та D-димеру. Особливу увагу клініцисту необхідно звертати на рівень D-димеру, так як високі значення цього показника корелюють з тяжким перебігом захворювання та вищою смертністю.

4. Для стандартної стратифікації ризику тромбозу в сучасних умовах необхідно користуватися модифікованою шкалою IMPROVE, яка є найбільш оптимальною для застосування у пацієнтів із COVID-19 та враховує всі показники для розрахунку ризику тромбоемболії у таких хворих.

5. Для попередження тромбозу у пацієнтів із COVID-19 показане застосування НМГ. Хворим у критичному стані рекомендовано застосування НМГ у профілактичних дозах або половинній терапевтичній дозі у пацієнтів із високим ризиком. Госпіталізованим пацієнтам із середнім ступенем тяжкості захворювання необхідно застосовувати НМГ у профілактичних дозах або фондапаринукс. Не слід проводити рутинну профілактику тромбозу у пацієнтів, які знаходяться на амбулаторному лікуванні.

6. Прийом антикоагулянтів після виписки зі стаціонару може бути розглянутий за наявності високого ризику тромбозу та низького ризику кровотечі.

7. Питання щодо прийому антиагрегантів з метою зниження ризику виникнення тромбозу залишається відкритим та потребує подальшого вивчення.

ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ COVID-19

Чернишова Юлія Юрівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Гаврецький Анатолій Іванович, к.мед.н., доцент кафедри ВЗП-СМ загальної практики- сімейної медицини, Українська військово-медична академія

E-mail: havr1972@ukrl.net

Вступ. У клінічній практиці клініцисти виявили, що приблизно 20% пацієнтів з COVID-19 мали серйозні порушення згортання крові, і майже всі пацієнти з важкою та критичною формою захворювання на COVID-19 демонстрували серйозні порушення згортання крові [1, 2]. Значні порушення параметрів згортання крові у пацієнтів із важкою формою COVID-19 можуть бути прогностичними. Зовсім нещодавнє дослідження показало, що помітно підвищений D-димер і продукти розпаду фібриногену (FDP) були дуже поширеними при смертях, пов'язаних з COVID-19. Крім того, гостре запалення, викликане важкою інфекцією, може вплинути на коагуляцію та фібриноліз кількома способами, включаючи зниження рівня циркулюючого протеїну С і антитромбіну та підвищення рівня інгібітора активатора плазміногену-1 (PAI-1), що зрештою активує каскад коагуляції та пригнічує фібринолітичну реакцію, що сприяє тромбозу. [3]. Тому слід приділяти більше уваги виникненню потенційної емболії легеневої артерії (ТЕЛА) після розвитку тромбозу глибоких вен (ТГВ).

Рекомендується оцінити ризик ВТЕ, вжити ефективних профілактичних заходів для пацієнтів[3],8,9 із високим ризиком

Очевидно, що профілактика та контроль інфекції COVID-19 все ще є найважливішими, але профілактика та оптимальне лікування судинних ускладнень може значно змінити прогноз та знизити смертність.

Мета роботи – вивчення досвіду фахівців з різних країн щодо профілактики при COVID-19. Представлений огляд літератури з приводу профілактики можливих ускладнень, які розвиваються при COVID-19.

Спектр тромбоемболічних проявів широкий і, як видається, сильно варіюється в різних осіб і в різних клінічних дослідженнях.

Венозна тромбоемболія (ВТЕ), включаючи тромбоз глибоких вен (ТГВ) і тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), була дуже поширеною у хворих із COVID-19 на початку пандемії, спостерігалася у третини пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії, навіть якщо застосовувалася профілактична антикоагуляція [4].

Результати та обговорення. Профілактика венозної тромбоемболії (ВТЕ) доцільна для всіх госпіталізованих медичних, хірургічних та акушерських пацієнтів із COVID-19 , якщо немає протипоказань до антикоагуляції (активна або серйозна кровотеча протягом попередніх 24–48 годин) або до застосування гепарину (в анамнезі індукована гепарином тромбоцитопенія [НІТ], у цьому випадку можна використовувати альтернативний засіб, наприклад фондапаринукс). Це включає пацієнтів, які були госпіталізовані з приводу COVID-19, і тих, хто був госпіталізований з іншим захворюванням і випадково виявив інфекцію SARS-CoV-2.

Рекомендації щодо інтенсивності дози є динамічними та змінювалися протягом пандемії, щоб відобразити нові дані клінічних випробувань і зміни в тяжкості захворювання, наприклад, більш легке захворювання при варіанті «омікрон» і у вакцинованих осіб. Зрештою, інтенсивність антикоагуляції для тромбoproфілактики (профілактична доза, терапевтична доза або щось середнє) базується на індивідуальній оцінці ризику та користі.

Терапевтичне дозування:

НМГ гепарин – низькомолекулярний (НМГ) гепарин зазвичай призначають у фіксованій дозі без контролю (наприклад, [енксапарин](#) 1 мг/кг кожні 12 годин).

Нефракціонований гепарин – нефракціонований гепарин титрують на основі лабораторних досліджень згідно цільових значень для аЧТВ і активності антифактора Ха (використовуйте один або інший, а не обидва).

Профілактичне дозування введення низькомолекулярного гепарину) зазвичай таке:

Еноксапарин – для пацієнтів із кліренсом креатиніну (CrCl) >30 мл/хв, 40 мг 1 раз на добу; для CrCl від 15 до 30 мл/хв, 30 мг один раз на день. Європейське дозування базується на одиницях, а не на мг. Типова профілактична доза становить 4000 одиниць один раз на день або 100 одиниць/кг один раз на день [7].

Далтепарин – 5000 ОД 1 раз на добу.

Надропарин – для пацієнтів ≤70 кг, 3800 одиниць антифактора Ха один раз на день; для пацієнтів >70 кг, 5700 одиниць один раз на добу. У деяких випадках використовуються дози до 50 одиниць антифактора Ха/кг кожні 12 годин.

Тинзапарин – 4500 одиниць антифактора Ха 1 раз на добу.

Поправка на масу тіла також доцільна, хоча деталі суперечливі. Як приклад, для осіб з вагою >120 кг або індексом маси тіла (ІМТ) >35 кг/м² можна використовувати профілактичне дозування еноксіпарину 40 мг двічі на день. [7]

Висновки. НМГ і фондапаринукс рекомендуються як препарати першої лінії для профілактики у гострохворих пацієнтів. Також пропонується розширена профілактика або низькомолекулярним гепарином (НМГ), або прямими пероральними антикоагулянтами (DOAC) до 45 днів після виписки, збалансовуючи ризики кровотечі.

Враховуючи специфіку та складність COVID-19, ізоляція, захист і підтримуюча антитромботична терапія є головними проблемами для лікарів на передовій лінії.

І оцінка тромботичних ризиків, і профілактика ВТЕ є важливими складовими комплексного лікування COVID-19. Той факт, що стан деяких пацієнтів може швидко змінюватися, може призвести до динамічних змін ризику тромбозу та кровотечі під час лікування. Таким чином, необхідні повторна оцінка та оптимізовані стратегії, щоб зменшити частоту ВТЕ та запобігти летальним випадкам ТЕЛА, а також ефективно забезпечити безпеку пацієнтів і сприяти ранньому одужанню.

Ці рекомендації мають сприяти покращенню тромбопрофілактики та лікування пацієнтів із COVID-19 та їхніх клінічних результатів.

Література

1. Teuwen LA, Geldhof V, Pasut A, Carmeliet P. COVID-19: the vasculature unleashed. *Nat Rev Immunol* 2020; 20:389.
2. Lowenstein CJ, Solomon SD. Severe COVID-19 Is a Microvascular Disease. *Circulation* 2020; 142:1609.
3. Libby P, Lüscher T. COVID-19 is, in the end, an endothelial disease. *Eur Heart J* 2020; 41:3038.
4. Magro C, Mulvey JJ, Berlin D, et al. Complement associated microvascular injury and thrombosis in the pathogenesis of severe COVID-19 infection: A report of five cases. *Transl Res* 2020; 220:1.
5. Yu J, Yuan X, Chen H, et al. Direct activation of the alternative complement pathway by SARS-CoV-2 spike proteins is blocked by factor D inhibition. *Blood* 2020; 136:2080.
6. Ma L, Sahu SK, Cano M, et al. Increased complement activation is a distinctive feature of severe SARS-CoV-2 infection. *bioRxiv* 2021.
7. Cugno M, Meroni PL, Gualtierotti R, et al. Complement activation in patients with COVID-19: A novel therapeutic target. *J Allergy Clin Immunol* 2020; 146:215.
8. Cugno M, Meroni PL, Gualtierotti R, et al. Complement activation and endothelial perturbation parallel COVID-19 severity and activity. *J Autoimmun* 2021; 116:102560.
9. Pfister F, Vonbrunn E, Ries T, et al. Complement Activation in Kidneys of Patients With COVID-19. *Front Immunol* 2020; 11:594849.

РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ВИЗНАЧЕННІ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ОБОДОВОЇ КИШКИ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ

Кравцова Валерія Романівна лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки
військових лікарів

Українська військово-медична академія
vrkravtsova96@gmail.com

Вступ. Дивертикулярна хвороба товстої кишки (ДХТК) є поліетіологічним морфофункціональним захворюванням, відмінною особливістю якого є наявність мішковидних випинань кишкової стінки (дивертикулів). Термін "дивертикулярна хвороба" був введений у Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду в 1993 році, об'єднавши поняття, що існували раніше "дивертикульоз" і "дивертикуліт". У зв'язку з неухильним збільшенням захворюваності на ДХТК в індустріально розвинених країнах питання про тактику лікування даної патології набуває значної актуальності. На сьогоднішній день встановлено, що його частота збільшується з віком, але наявні епідеміологічні дані мають суперечливий характер. Виявляється у 1/3 осіб віком від 60 років і у 2/3- старших за 80 років. В Україні показник захворюваності серед осіб віком до 40 років складає 10-12%, старше 70 років - 57% і більше. Дійсну частоту дивертикульозу товстої кишки важко визначити в основному через відсутність явної симптоматики у більшості пацієнтів. В даний час загальноприйняті офіційні в Україні рекомендації з діагностики, лікування та профілактики не розроблені: залишається відкритим питання про роль гострофазових маркерів в аналізі крові в діагностиці ДХТК.

Мета. Вивчення ролі С-реактивного протеїну у визначенні ризику ускладнень дивертикулярної хвороби ободової кишки у пацієнтів.

Матеріали та методи. За основу клінічних досліджень покладений ретроспективний аналіз 42 історій хвороб пацієнтів різних категорій військовослужбовців (строкової служби, служби за контрактом, офіцерів, прапорщиків, сержантів, працівників ЗСУ) з них 22 осіб (52,3 %) мали неускладнений перебіг і 20 (47,7 %) мали ускладнений перебіг ДХТК. Серед хворих чоловіків було 22 (52,8 %), жінок 20 (47,2 %). Анамнез захворювання становив не більше 6 місяців у 27 (64,3 %) хворих, в той час як у 15 (35,7 %) від 6 місяців і більше. В ході обстеження всі пацієнти були розподілені на групи за статевою ознакою та за віком. Група ускладненого перебігу (27-78 років), середній вік 56 ± 6 р., із них 12 військовослужбовців чоловічої статі, та 8 осіб жіночої. Група неускладненого перебігу (40-79 років), середній вік 59 ± 5 , із них 12 військовослужбовців чоловічої статі та 10 осіб жіночої, які знаходились на лікуванні у Головному військовому медичному клінічному центрі „ГВКГ” з 2018 по 2021 рр.

Результати та обговорення. Було проведено дослідження 42 історій хвороб пацієнтів з ДХТК в період з 2018 по 2021 рр. Більшу частку склали хворі з неускладненим перебігом ДХТК (52,3%), на другому місці хворі з ускладненим перебігом (47,7%). Аналіз хворих за віковою характеристикою показав, що більшість з обстежуваних склали пацієнти у віці 60-69 років – 16 осіб (38%) і 50-59 – 12 осіб (28,5%). Серед обстежених із дивертикулітом виявлено 20 жінок (47,2%) та чоловіків 22 (52,8%). Проводилися лабораторні та інструментальні методи обстеження. В загальному аналізі крові у всіх пацієнтів відмічався лейкоцитоз, при цьому у 3 (7,2%) лейкоцитозу не відмічалось, у 17 (40,4%) осіб відмічався рівень $10-13 \cdot 10^9$ /л, що відповідало стадії по Хінчі – циркулярне пориколічне запалення, у 22 (52,4%) осіб рівень відповідав $14 \cdot 10^9$ /л і більше, що відповідало більш тяжким формам ГД. Також відмічалось підвищення ШОЕ до 26 мм/год мали 16 осіб, більше 26 мм/год – 26 осіб. Рівень СРБ було виміряно у всіх пацієнтів з гострим дивертикулітом (ГД). Підвищення концентрації СРБ відмічено у 42 (100 %) пацієнтів. При цьому, можемо відмітити тенденцію: чим вищий рівень СРБ, тим тяжче ускладнення ГД. Стадія циркулярного периколічного запалення супроводжувалась підвищенням СРБ в середньому $70,6 \pm 6,7$, при циркулярному периколічному абсцесі (< 3 см) $89 \pm 7,2$ мг/л, дивертикуліт з формуванням абсцесу в малому

тазі $178,5 \pm 16$ мг/л, дивертикуліт із генералізованим гнійним перитонітом, дивертикуліт із генералізованим каловим перитонітом $242,5 \pm 85$ мг/л відповідно. В результаті аналізу було встановлено, що у пацієнтів з вищим рівнем СРБ спостерігалася більша ймовірність ускладнень дивертикулярної хвороби ободової кишки, порівняно з пацієнтами з нижчим рівнем СРБ. Але дослідження показало, що використання СРБ як єдиного фактору для визначення ускладнень ДХТК є недостатньо ефективним і потребує додаткового застосування інструментальних методів діагностики таких як іригографія, колоноскопія, УЗД та інших.

Висновки. З лабораторних маркерів запалення, як показало дослідження, найбільшу інформативність має СРБ, особливо у хворих з ускладненими формами ДХТК, що дозволяє раніше виявляти пацієнтів з підвищеним ризиком ускладнень та вчасно призначати їм ефективну терапію. Таким чином, визначення рівня СРБ може бути корисним інструментом для ранньої діагностики та прогнозування розвитку захворювання у пацієнтів з гострим дивертикулітом. Враховуючи високу поширеність захворювання у різних вікових групах, визначення рівня СРБ є важливим інструментом для покращення діагностики та управління пацієнтами з дивертикулярною хворобою ободової кишки.

Список літератури.

1. Murphy T HR et al. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Diverticular Disease. 2007. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/diverticular-disease/diverticular-disease-english>. Last accessed: 13 November 2018
2. Anne F. Peery, AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review Gastroenterology 2021;160:906-911
3. Матвійчук БО, Матвійчук ОБ, Фецич МТ. Актуальні проблеми невідкладної хірургії колоректального раку. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я Ковальчука. 2015;(2):20–3.
4. Rezapour M, Ali S, Stollman N. Diverticular disease: an update on pathogenesis and management. Gut Liver. 2018;12(2): 125–32.

МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Мармута Олексій Дмитрович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Галан Наталія Василівна, доцент кафедри ВЗП-СМ, к.мед.н
Українська військово-медична академія
E-mail: vr1988@ukr.net

Актуальність вибору даної теми обумовлена наступними чинниками. Сучасний світ і нестабільна міжнародна обстановка висувають перед науковцями та дослідниками всього світу значущі завдання, які не можна залишати поза увагою. Відповідно до численних досліджень, сучасний соціум такий, що людина завжди перебуває у стресогенних ситуаціях, які можуть призводити до психічних травм. Безперервні локальні війни по всьому світу, внутрішня соціальна та економічна нестабільність усередині країн - це все, разом із психологічно стресовим життям у великих мегаполісах, є ґрунтом для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Варто зауважити, що спочатку, до проведення масштабних досліджень з цього питання, ПТСР розглядався як специфічний військовий розлад. Так, з кінця ХІХ до другої половини ХХ століття синдром, подібний до того, який в даний час прийнято вважати за ПТСР, описувався у людей, які брали участь у бойових діях.

Метою дослідження стало теоретичне вивчення методів психокорекції та психотерапії посттравматичного стресового розладу військовослужбовців ЗСУ в практиці сімейного лікаря та емпірична перевірка їх ефективності.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось протягом жовтня 2022 - квітень 2023 року на базі медичного закладу «Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 м. Вінниці». У дослідженні взяли участь військовослужбовці ЗСУ у кількості 35 осіб. Вік досліджуваних склав від 24 до 53 років. Вибірка включала 6 жінок та 29 чоловіків. Усі досліджувані брали участь в активних бойових діях у складі ЗСУ протягом 2014 – 2022 рр.

Результати та обговорення. У дослідженні взяли участь військовослужбовці ЗСУ у кількості 35 осіб. Вік досліджуваних склав від 24 до 53 років. Вибірка включала 6 жінок та 29 чоловіків. Усі досліджувані брали участь в активних бойових діях у складі ЗСУ протягом 2014 – 2022 рр.

Встановлено, більше ніж для половини (63% загалом) властивий помірний або високий рівень розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу. Також у всіх військовослужбовців було виявлено порушення сну, що було визначено в результаті діагностики за методикою «Пітсьбурський опитувальник якості сну». Згідно даних, отриманих в результаті обробки відповідей респондентів за опитувальником, незначні порушення сну виявлені у 11 осіб, порушення середньої тяжкості – у 17 осіб, значні порушення сну мають 7 військовослужбовців.

Крім цього, нами було здійснено оцінку рівня розвитку ПТСР у досліджуваних за шкалою CAPS. Низький рівень був діагностований у 5 осіб, занижений – у 8 осіб, помірний – у 11 осіб, підвищений – у 9 осіб, високий – у 2 осіб.

Нами було запропоновано та реалізовано низку заходів психокорекції та психотерапії ПТСР та його проявів у військовослужбовців, які включали такі заходи як:

- фармакотерапія
- інтервенція психологічного дебрифінгу
- травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (за направленням)
- покращення навичок керування стресом – тренінгова робота (на базі КЗ ДЦПМСД)
- світломузична терапія
- психоосвіта (на базі КЗ ДЦПМСД)

Після заходів у вибірці з'явилося, хоча і незначне (6%) число досліджуваних, що проявляють низький рівень вірогідності ПТСР, однак, зазначимо, що на попередньому етапі досліджуваних з даними показниками у вибірці не було.

Слід також відзначити і значне збільшення – до 54% військовослужбовців, що виявляють середній рівень ризику ПТСР при одночасному зменшенні досліджуваних з високими показниками.

Також нами було виявлено значні покращення сну у військовослужбовців в процесі використання методів психокорекції та психотерапії ПТСР. Так, за методикою «Пітсьбурський опитувальник якості сну» на даному етапі для переважного числа військовослужбовців (25 осіб) були властиві незначні порушення сну, порушення середньої тяжкості – у 10 осіб, значні порушення на даному етапі виявлено не було.

Висновки.

1. З метою створення ефективної психокорекційної програми, що дозволяє коригувати всі рівні функціонування травмованої особистості, необхідно використовувати цілісний інтегративний підхід, що спирається на єдність психологічних, психофізіологічних та соціальних процесів, що впливають на формування посттравматичних стресових станів особистості.

2. Значну частину вибірки складають військовослужбовці з гранично допустимими показниками стресостійкості та соціальної адаптації. Такі показники можуть чинити негативний вплив як на психоемоційний стан та подальшому ускладненню перебігу посттравматичного стресового розладу, що обумовлює гостру потребу у їх своєчасній корекції, зокрема, в процесі роботи сімейного лікаря.

3. Значні позитивні відгуки від пацієнтів в процесі організації психокорекційної роботи віднайшло використання арт-терапевтичних методик. Арт-терапія сприяла додатковій діагностиці особистісних проблем, афективних порушень у подальшій дезактуалізації травматичної події, розширенню адаптаційних резервів, корекції самооцінки та настрою.

4. Проведення комплексної терапії психогенних розладів у комбатантів призводить до суттєвої редукції основних психопатологічних симптомів. При цьому на тлі збереження тривожності виявляються еквіваленти емоційної дифіцитарності з ризиком формування неадекватного реагування у повсякденному житті.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Назаренко Ольга Володимирівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів
Українська-військово медична академія
E-mail: Olya.mikitin.93@gmail.com

Психологічні наслідки війни можуть виявлятися не відразу після повернення у мирні умови, а згодом. Важливість вивчення психологічних наслідків війни визначається необхідністю передбачення результатів впливу психотравмуючих чинників на психіку людей, і навіть завданнями організації психологічної допомоги комбатантам.

Своєчасна діагностика важлива ще й тому, що за даними зарубіжних досліджень до фахівця з посттравматичною симптоматикою звертаються 2,5-3,2% населення, тоді як діагностичний скринінг виявляє симптоми ПТСР у 12 – 21% випадків [1]. Збір статистичних даних з епідеміологічних досліджень, пов'язаних із симптомами ПТСР, у вітчизняній психології та психіатрії багато в чому викликає труднощі. Ми можемо висловити припущення про те, що неможливість збору статистики з ПТСР пов'язана з вітчизняною ментальністю, що передбачає замовчування власних психологічних проблем та симптомів ментальних розладів, але на жаль, подібних досліджень ще не проводилося, тому наші припущення залишаються на рівні гіпотез.

Мета: встановити системні співвідношення психотравмуючих обставин військової служби під час виконання бойових завдань за умов локальних збройних конфліктів з характером посттравматичних стресових розладів у комбатантів.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 46 чоловіків (військовослужбовців), які були учасниками бойових дій у період участі у військових конфліктах під час проведення АТО та ООС на Донбасі. 4 особи (8,7%) – брали участь у двох військових операціях; 22 особи (47,8%) – брали участь у військовій операції під час АТО; 20 осіб (43,5%) – брали участь у ООС.

Дослідження проводилося на базі Центр реабілітації військовослужбовців м. Києва.

У дослідженні використовувалися психодіагностичні методики:

1. Спеціалізоване клінічне інтерв'ю (СКІ).
2. «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ).
3. Методика самооцінки депресивних станів У. Зунга.
4. Міссісіпська шкала ПТСР (варіант для учасників бойових дій).

Результати та обговорення. В результаті проведеного дослідження зроблені висновки, що комбатанти з високими показниками рівня ПТСР мають більше виражену індивідуальну картину психотравми за кількістю факторів, що поєднуються, і за їх бальною оцінкою. В їхньому актуальному стані найвищі показники рівня депресії, ситуативної та особистісної тривожності. Аналіз матеріалів виявив залежність психотравми, рівня ПТСР, стану та поведінки комбатантів після повернення до умов мирного життя. Підтвердженням травматизації психіки стали прояви комбатантної психопатології: дратівливість, агресивність, озлобленість, запальність, виражена алкоголізація. Отримана психотравма негативно позначилася лише на рівні здоров'я комбатантів. Високий рівень показників

психотравми та ПТСР корелює з високими показниками особистісної, ситуативної тривожності та високим рівнем депресії.

Висновки. Розроблена програма дослідження психотравмуючих факторів службово-бойової діяльності у зв'язку з даними тестової психодіагностики зручна у застосуванні, інформативна, отже, може застосовуватися для відбору контингенту пацієнтів спеціалізованих медичних організацій і, зокрема, госпіталів для ветеранів воєн.

Ми розробили програму психологічного втручання з 4 занять для групи від 8 до 16 осіб під назвою «Програма психологічного втручання, розроблена для учасників бойових дій». Під час програми психологічного втручання обговорюється не лише теоретична частина питання хронічного перебігу ПТСР та його можливих наслідків, але також проводяться вправи, спрямовані на активацію когнітивних функцій учасників та їх соціальну взаємодію.

Список літератури:

1. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 2 (95). С. 37-43.
2. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1 (86). С. 51-56.

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Прушинський Юрій Олександрович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Українська військово-медична академія;

E-mail: yurii.prushynskyi@i.ua

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) належить до захворювань, які потребують довготривалого комплексного лікування [1, 2]. Обов'язковою складовою ефективного лікування ІХС є прихильність пацієнтів до виконання рекомендацій лікаря [1]. Цей аспект проблеми має важливе значення і для військової медицини, позаяк хвороби системи кровообігу посідають провідні позиції в структурі захворюваності, смертності та звільнень за медичними показами військовослужбовців Збройних Сил України [3]. Тому важливо дослідити ставлення військовослужбовців, хворих на ІХС, до виконання рекомендацій лікаря на сучасному етапі та визначити чинники, які мають вплив на прихильність до лікування.

Мета: провести аналіз прихильності до лікування військовослужбовців, хворих на ІХС, які перебували на лікуванні в клініці кардіології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено анкетне опитування 29 військовослужбовців, хворих на ІХС, які перебували на лікуванні в клініці кардіології НВМКЦ «ГВКГ». Всі військовослужбовці були віком від 43 до 62 років. Для проведення дослідження і стандартизації підходу була розроблена спеціальна «Анкета для пацієнта», до якої включена модифікована шкала Моріскі, що містить 6 запитань, які розділено на 2 групи – для оцінки мотивації та оцінки поінформованості пацієнта. За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних з використанням Microsoft Excel 2007. Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала в себе розрахунок відсотків.

Результати та обговорення. За результатами анкетного опитування проведено комплексний аналіз щодо обізнаності військовослужбовців з питань факторів ризику. Важливо звернути увагу, що тільки 24,1 % хворих на ІХС знали свій рівень холестерину,

звичку тютюнокуріння мали 55,2 %. Потребує на увагу значна поширеність надлишкової маси тіла (39,3 %) і ожиріння (35,7 %) у військовослужбовців, хворих на ІХС.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що на питання щодо самооцінки виконання вимог здорового способу життя – на 5 балів – оцінили себе 20,7% військовослужбовців, хворих на ІХС, на 4 бали – 34,5 %, на 3 бали – 41,4 %. На питання щодо самооцінки виконання рекомендацій лікаря щодо медикаментозного лікування – на 5 балів – оцінили себе 41,4 % військовослужбовців, хворих на ІХС, на 4 бали – 27,6 %, на 3 бали – 24,1%. На питання щодо регулярного прийому препаратів, 65,5% опитаних військовослужбовців відповіли «так», нерегулярно лікуються 24,1% і зовсім не лікувалися – 10,3 %. Провідна причина нерегулярного лікування – добре самопочуття (71,4 %), 42,8 % – бояться звикнути та вказують на високу вартість лікування. Потребує на увагу, що 28,6 % – не вважають за потрібне приймати ліки. Результати опитування за шкалою Моріскі засвідчили, що високу мотивацію до лікування мали 69 % хворих на ІХС, високу поінформованість тільки 28 %, а низьку – 72%, високу прихильність до лікування мали тільки 7 %.

Висновки. Результати дослідження засвідчили недостатній рівень обізнаності хворих на ІХС щодо факторів ризику, зокрема рівень холестерину знали тільки 24,1% опитаних, звичку тютюнокуріння мали 55,1%. За результатами самооцінки в балах (за п'ятибальною шкалою) виконання рекомендацій щодо здорового способу життя більшість військовослужбовців (41,4%) оцінили себе на задовільно. Регулярно приймали призначені лікарем препарати 65,5 % хворих на ІХС. Провідна причина нерегулярного лікування – добре самопочуття (71,4 %). Анкетне опитування хворих на ІХС за шкалою Моріскі засвідчило, що високу прихильність до лікування мали тільки 7 %, високу мотивацію до лікування 69 %, високу поінформованість тільки 27,6 %, що обґрунтовує необхідність удосконалення заходів щодо залучення військовослужбовців до процесу лікування.

Список літератури

1. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) / J. Knuuti et al. *Eur Heart J*. 2020. Vol. 41 (3). P. 407-477.

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця»: наказ МОЗ України від 23.12.2021 № 2857. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/stabilna-ishemichna-hvoroba-serczya/>

3. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років / Ткачук І. М., Соколюк А. К., Та Чан Туан Лін, Латишенко С. В. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т 3. № 1. С. 19–25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019)

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

Талайло Віра-Соломія Василівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів
Українська військово-медична академія
E-mail: t.vira21.02@gmail.com

Вступ. Запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, залучення пацієнтів до участі в ухваленні спільного рішення та самоконтролю стану здоров'я відносяться до пріоритетних напрямів сучасної медицини [1, 2, 3]. Тому важливе значення

має комплексна оцінка ставлення військовослужбовців до запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику.

Мета: Визначити ставлення військовослужбовців до запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику та самоконтролю стану здоров'я.

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки проведено опитування 70 військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь». I група – військовослужбовці, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні (35 осіб); II група – військовослужбовці, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні (35 осіб). Для проведення дослідження і стандартизації підходу була розроблена спеціальна «Анкета соціологічного опитування», яка включала питання самооцінки стану здоров'я, прихильності до лікування та запровадження пацієнт-орієнтованого підходу. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використовувалась програма Microsoft Excel. Математична обробка включала наступні методи: розрахунок первинних статистичних показників, виявлення відмінностей між групами за статистичними ознаками.

Результати та обговорення. Пацієнт-орієнтована медична допомога базується на співпраці між медичними працівниками та пацієнтами, тому важливою складовою є поінформованість пацієнта та його залучення до процесу ухвалення клінічних рішень щодо лікування. Результати соціологічного опитування засвідчили, що більшість опитаних хворих I і II групи відповіли, що їм надають достатньо інформації, щодо особливостей стану здоров'я та перебігу захворювання ($74 \pm 7,4\%$ та $94 \pm 4,0\%$, $p < 0,05$). На питання «Чи отримуєте Ви емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров'ям?» – 74% опитаних нами пацієнтів відповіли «так»: $57 \pm 8,4\%$ в I групі та $91 \pm 4,8\%$ – в II групі, $p < 0,05$. Більшість опитаних відповіли, що лікар погоджує з ними план лікування – 63% хворих: $51 \pm 8,4\%$ I групи та $74 \pm 7,4\%$ II групи ($p < 0,05$). Разом з цим на питання «Чи є у Вас потреба більш детально обговорювати з лікарем план лікування та залучатись до прийняття рішення?» – «так» – відповіли 40% . Не визначено статистично достовірної різниці між групами.

Запровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги передбачає активну участь пацієнта у спільному ухваленні рішень та самоконтролі стану здоров'я. На питання «Чи готові Ви до виконання заходів самоконтролю стану Вашого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування?» – «так» – відповіли 73% . Не визначено статистично достовірної різниці між групами. Проте, на питання «Чи відповідально Ви ставитесь до свого здоров'я?» – «так» – відповіли тільки 37% , а більшість відповіли – «не завжди». Результати опитування військовослужбовців, щодо самооцінки за 5-бальною шкалою виконання рекомендацій лікаря щодо медикаментозного лікування засвідчили, що більшість оцінили себе на «4». Не визначено статистично достовірної різниці між групами ($49 \pm 8,5\%$ та $46 \pm 8,4\%$, відповідно, $p > 0,05$). Основною причиною нерегулярного лікування військовослужбовці визначили «забудькуватість» – 71% , на другому місці – «недовіра щодо позитивного впливу лікування» – 39% . Не визначено статистично достовірної різниці між групами.

Висновки. Результати дослідження засвідчили зацікавленість і готовність більшості опитаних військовослужбовців щодо використання основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу. Більшість з них – $74 \pm 7,4\%$ пацієнтів I групи, $71 \pm 7,7\%$ II групи готові до виконання заходів самоконтролю стану свого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування. Важливим є підвищення прихильності пацієнтів до виконання рекомендацій лікаря. Основною причиною нерегулярного лікування військовослужбовці визначили «забудькуватість» – 71% , на другому місці – «недовіра щодо позитивного впливу лікування» – 39% .

Список літератури

1. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf

2. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу та удосконалення організації медичної допомоги на сучасному етапі (огляд літератури) / Д.Д. Дячук та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. 1. С. 10-16.

3. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review / Gobeil-Lavoie A-P et al. *BMJ Open*. 2019. 9. e028344.

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ТА ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ХПХ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ В УКРАЇНІ

Бабан Максим Валерійович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія
E-mail: h19988@ukrl.net

Вступ. Діагностика ХПХ представляє певні труднощі, особливо на ранніх етапах. Це пов'язано з відсутністю у її клінічній картині патогномонічних для даного захворювання симптомів. Недостатнє знайомство широкого кола практичних лікарів з наслідками тривалої дії малих доз іонізуючої радіації на організм людини, а також відсутність характерних клінічних симптомів іноді створюють великі діагностичні труднощі та проблеми з правильною постановкою діагнозів.

Мета. Дослідити проблеми діагностики та постановки діагнозу хпх сімейним лікарем в Україні.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети і виконання завдань досліджень використані бібліографічний та методи системного підходу і системного аналізу

Результати. Вплив опромінення на організм має чіткий кумулятивний характер. Усі зміни в організмі починаються з моменту впливу радіації до виникнення клінічних проявів захворювання. Ці зміни відбуваються на молекулярному, клітинно-тканинному, системному рівні, що призводить до складних біохімічних та морфологічних порушень організму.

Однією з основних особливостей ХПХ є поступовий розвиток та тривалий хвилеподібний перебіг. Характер змін, терміни їх розвитку, можливості відновлення визначаються інтенсивністю та сумарною дозою опромінення, а також фізіологічними особливостями, особливостями імунітету та реактивністю організму.

Тканини та структури, що мають високу мітотичну активність (епітелій шкіри, кишечника, кровотворна тканина) на повторне опромінення відповідають раннім ушкодженням та зміною інтенсивності мітотичного поділу. Системи, що обмежено регенерують відповідають комплексом функціональних зрушень, і як результат дистрофічними змінами в їх структурі. Поєднання мікродеструктивних змін, що повільно розвиваються, пристосувальних зрушень і виражених репаративних процесів формує складну клінічну картину ХПХ.

Набагато складніше проводити діагностику легких форм ХПХ, із якими нині доводиться частіше зустрічатися. Легкий ступінь ХПХ має нерідко невиражену та неспецифічну картину, де на перший план виступають малоспецифічні функціональні зміни нервової системи, а порушення в системі кровотворення незначні і непостійні. У діагностиці ХПХ, пов'язаної з інкорпорацією радіонуклідів, важливе значення надається результатам дозиметричних та радіометричних досліджень

Важливе значення мають дані пункційної біопсії кісткового мозку з виявленням гіпоплазії кровотворної тканини та дослідження периферичної крові саме у динаміці (тенденція до панціопенії). Діагностика ХПХ повинна включати: визначення ступеня тяжкості та варіанта (за умовами опромінення) захворювання.

Диференціальну діагностику ХПХ слід проводити з асептичними станами, вегетосудинними неврозами, гематологічними захворюваннями, органічними ураженнями ЦНС. Особливу увагу слід звернути на район проживання пацієнта та умови використання природних ресурсів забруднених територій внаслідок аварії на ЧАЕС.

Легкий ступінь тяжкості променевої хвороби необхідно диференціювати з вегетосудинними неврозами та астенічними станами при соматичній патології.

Для диференціальної діагностики з вегетосудинними неврозами та астенічними станами при патології внутрішніх органів велике значення має вказівка на наявність у хворого на радіаційний вплив. Крім того, вже при ХПХ легкого ступеня часто відзначається помірна лейкопенія в аналізах крові (до 3×10^9 л) за рахунок зменшення нейтрофілів при відносному лімфоцитозі, нерідко виявляються і якісні зміни нейтрофілів (гіперсегментація ядра нейтрофілів, хроматиноліз, токсична виявляється нормальним). Число тромбоцитів – на нижній межі норми ($150-180 \times 10^9$ л), іноді змінюється тромбоцитарна формула.

Хронічну променеву хворобу середньої тяжкості, коли вже явно виявляються симптоми трофічних розладів та кровоточивості, потрібно диференціювати з гематологічними захворюваннями – анеміями, лейкозами. При ХЛБ на шкірі є осередки крововиливу у вигляді петехії або екхімоз. Найчастіше вони спостерігаються на шкірі живота внутрішньої поверхні стегон. Для диференціальної діагностики від анемії має значення вказівка на радіаційний анамнез.

Диференціальний діагноз проводять також з анемією, що спостерігається при хронічних запальних процесах та онкологічних захворюваннях, хронічних активних гепатитах, анемії при захворюваннях нирок.

Тяжкий ступінь ХПХ необхідно диференціювати, крім перелічених захворювань, з органічними ураженнями ЦНС – різними осередковими змінами, енцефаломієлітами, полірадікулоневритами. Тут на допомогу приходять, крім анамнезу, дослідження за допомогою ядерно-магнітного резонансу, комп'ютерної томографії, R – графічні методи, дослідження серцево-судинної системи та церебральних судин за допомогою РЕГ, ЕЕГ, УЗДГ, УЗД.

Завдяки складним компенсаторним механізмам організму вищенаведені ушкодження усуваються, проте ніколи не відбувається повної компенсації, щоразу зберігаються залишкові явища, що виникли. При тривалому хронічному опроміненні відбувається накопичення цих незначних змін, підсумовування їх, що, зрештою, виливається в явний патологічний процес.

За результатами досліджень протягом останніх років постає проблема про постановку діагнозу «хронічна променева хвороба», оскільки були виявлені нові ефекти малих доз опромінення, про які не повідомлялось раніше. Такими в практиці лікаря загальної практики є хвороби серцево-судинної системи, офтальмологічні захворювання та злоякісні новоутворення, з якими пацієнти первинно звертаються до сімейних лікарів. Проблема в постановці діагнозу полягає в важкості встановлення відповідного діагнозу на початкових стадіях, так як він не має патогномічних симптомів.

Діагноз ХПХ повинен бути відкинтий, якщо в процесі аналізу перебування підозрюваного у зоні радіаційного ураження (або виробничої шкідливості) будуть отримані достовірні дані, що виключають систематичне перевищення гранично допустимих доз іонізуючих випромінювань.

Висновки. Виходячи з складності діагностики стадій ХПХ, слідує тяжкість в постановці діагнозу хворого, але якщо чітко та якісно оцінювати дані анамнезу, дозиметричні показники, лабораторні та інструментальні методи дослідження, часту переоцінку стану хворого, можна мінімізувати час в постановці діагнозу та прийти до ефективного плану лікування пацієнтів з ознаками променевої хвороби.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСУ МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Бирюк Вікторія Вікторівна. лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки
військових лікарів

Ренський Леонід Анатолійович, полковник медичної служби, доцент кафедри ВЗП-СМ
військової загальної практики-сімейної медицини

Українська військово-медична академія,

Viktoria_byriuk@ukr.net

Вступ. Аборт – це один із найбільш значних чинників розладу репродуктивного здоров'я жінки, що призводить до виникнення безпліддя, невиношування вагітності, запальних захворювань статевих органів, порушень менструального циклу. Відновлення організму після абортів індивідуально в кожному випадку: у одних жінок період реабілітації становить кілька тижнів, в інших на це йдуть роки. Неможливо заздалегідь визначити наслідки абортів, але дотримуючись запобіжних заходів, можна звести до мінімуму ймовірність появи ускладнень [1].

Мета. Дослідити ефективність комплексної медикаментозної терапії після переривання вагітності.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети і виконання завдань досліджень використані бібліографічний та методи системного підходу і системного аналізу.

Результати. Рівень сучасної медицини дозволяє зробити аборт з найменшими негативними наслідками для жіночого організму. Незважаючи на це, аборт залишається джерелом всіляких ускладнень і хвороб. Антибактеріальна терапія показана після проведення хірургічного абортів чи при появі ознак інфікування патогенною флорою. Перевагу віддають антибіотикам широкого спектра дії. Лікування починають відразу ж після абортів і продовжують протягом 5 – 7 днів. Схему лікування доповнюють пробіотиками для запобігання дисбактеріозу піхви. Протизапальні засоби, що мають анальгетичну ефектом, приймають для усунення запалення, гіперемії, болю, зниження температури тіла.

Гормональний дисбаланс впливає на роботу ендокринної, травної і нервової системи. Вони також пристосовуються до нового положення. Їх тонкий взаємозв'язок різко обривається в момент штучного переривання вагітності. Важливим завданням лікаря є зменшення гормонального «стресу». Це досягається шляхом застосування низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів (КОК) з 1-2-ї доби після абортів (хірургічного, міні-абортів, медикаментозного абортів) протягом наступних 3-6 місяців. Пригнічення секреції гонадотропних рилізінг-факторів і гонадотропних гормонів гіпоталамусом і гіпофізом на тлі прийому КОК створює в організмі штучний цикл із базальними значеннями власних естрогенів і прогестерону без флуктуації, що нагадує гормональний фон вагітності раннього терміну. Застосування КОК у цей період є виправданим також завдяки наявності різноманітних неконтрацептивних властивостей, що забезпечують, наприклад, профілактику онкологічних захворювань, міоми матки. Призначення після абортів естроген-гестагенних препаратів на термін не менше 6 місяців попереджує розвиток проявів ендометріозу [2].

Прийом вітамінів та мінеральних комплексів сприяє більш швидкому відновленню організму після абортів. Повноцінна гігієна статевих органів із застосуванням гіпоалергенних косметичних засобів. Гігієнічні процедури слід проводити тільки під душем, використання ванни неприпустимо у зв'язку з можливим інфікуванням ранової поверхні. Спринцювання і використання гігієнічних тампонів також неприпустимо до повного загоєння ранової поверхні. Відмова від статевих стосунків протягом 14 днів – неодмінна умова після абортів. Сексуальний контакт не тільки викликає біль, але і збільшує ризик появи кровотечі, інфікування патогенною флорою. Корекція психоемоційного нестабільності – важлива складова в період відновлення після абортів. Нерідко жінка залишається наодинці з проблемою. При відсутності підтримки з боку близьких людей за допомогою можна

звернутися до психолога, психотерапевта. Негативні наслідки для психічного здоров'я можуть з'явитися не відразу, а через деякий час. Нехтування цією обставиною загрожує прогресуванням патологічного процесу, залученням у вогнище запалення прилеглих тканин, поширенню інфекції по всьому організму [3].

Висновки. Збереження жіночого репродуктивного здоров'я і менструальної функції після штучного абортів значною мірою залежить від адекватної медичної підтримки та реабілітації. Дотримання запропонованого способу медичної профілактики ускладнень після штучного переривання вагітності виявляє високу ефективність, що сприятиме зниженню кількості повторних госпіталізацій з інфекційними ускладненнями та дасть можливість отримати значний медико-соціальний та економічний ефекти.

Список використаної літератури:

1. Лурін І.А, Хоменко І.П, Назаренко О. Я. Репродуктивне та соматичне здоров'я жінок-військовослужбовців та тих, хто перебуває у зоні бойових дій. Репродуктивна ендокринологія. №5 (49).2019.80с.
2. Післяабортні захворювання та шляхи їх профілактики. https://health-ua.com/pics/pdf/P_24_1/57.pdf.
3. Бенюк В.А.Алгоритми в акушерстві та гінекології. Довідник лікаря/Під релакцією В.А.Бенюка – К.:ТОВ «Доктрина-Медіа», 2016 – 510с.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ І ШКАЛ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ТРАНСПОРТУВАННЯМ

Кучера Олександр Петрович лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів
Українська військово-медична академія
o.kuchera.st@gmail.com

Вступ: З метою надання якісної медичної допомоги, визначення об'єму необхідних терапевтичних втручань та часу транспортування на наступний етап евакуації необхідно в найкоротший термін, як можна якісніше і детальніше оцінити стан пораненого, що можна досягти застосовуючи стандартизовані шкали оцінки стану пацієнтів.

Мета: Дослідити шкалу Revised Trauma Score як один із способів для оцінки стану пораненого (травмованого) на етапі транспортування на базовому (role 0) та першому (role 1) рівні медичної допомоги.

Матеріали і методи: Ретроспективний аналіз історій хвороб і первинних медичних карток (форма 100) 64 пацієнтів, що були госпіталізовані на другий етап медичної евакуації (61 мобільний військовий госпіталь). Визначено показники артеріального тиску, пульсу, частоти дихальних рухів (ЧД), свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ) ,також показниками крововтрати рахується рівень гемоглобіну та еритроцитів при госпіталізації. Стан пацієнтів оцінено за шкалою Revised Trauma Score (RTS), вибірку поділено на дві групи: перша група (легкі >8 балів) n=45 середній вік 31,5±10,) років, друга група (середньої тяжкості <8 балів) n=19 середній вік 32,6 ±10,1.

Статистичний аналіз даних було проведено за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пирсона) та двовибіркового t-тесту з однаковими дисперсіями табличного процесора Microsoft™ Excel. Данні вважались достовірними при (p<0.05).

Результати: При порівнянні груп за клінічними показниками при госпіталізації (p<0.05): перша група (легкі >8 балів): гемоглобін - 123,1 ± 17,5 г/л; еритроцити - 3,99 ± 0,49 ×10¹²/л; ЧД - 21±3 за хвилину; ШКГ - 14±1 балів. Друга група (середньої тяжкості <8 балів) гемоглобін - 98,3 ± 15,8 г/л; еритроцити 3,27± 0,74×10¹²/л; ЧД 30±8 за хвилину; ШКГ - 8±1 балів. Провівши кореляційний аналіз були отримані наступні данні: між оцінкою вибірки за шкалою RTS та показниками гемоглобіну відмічається прямий помітний зв'язок (r= 0,624157; rL = 0,446916; rU= 0,754247), між балами RTS та показниками еритроцитів наявний - прямий помітний зв'язок (r= 0,580716; rL = 0,390674; rU= 0,723281), балами RTS та ЧД

спостерігається зворотній помітний зв'язок ($r = -0,57655$; $rL = -0,72028$; $rU = -0,38536$) та між балами RTS та балами ШКГ – прямий сильний зв'язок ($r = 0,977133$; $rL = 0,962506$; $rU = 0,986094$).

Висновки та перспективи подальших досліджень: На основі вище наведених результатів статистичної обробки по вибірці, можливо зробити висновок, що шкала RTS може бути застосована для оцінки стану пораненого перед транспортуванням на базовому (role 0) та першому (role 1) рівні медичної допомоги. Дана шкала базується на оцінці свідомості, артеріального тиску та пульсу, що дозволяє швидко оцінити стан пораненого без використання складних, спеціалізованих методів обстеження, що можуть бути недоступні на етапах первинної медичної допомоги. Однак шкала не досконала і не враховує травми органів черевної порожнини та грудної клітки, тому дослідження шкал оцінки стану поранених перед транспортуванням буде продовжено.

ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-БРАСЛЕТІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (дизайн дослідження)

Ківеня Іван Миколайович, лейтенант медичної служби; , слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ;
kivenia4ivan@gmail.com

З метою забезпечення більш комфортних тренувань та планування заходів здорового способу життя розроблені різні пристрої та застосунки, серед яких особливою популярністю користуються фітнес-браслети.

Фітнес-браслети та пристрої/застосунки загального користування, що здатні контролювати частоту серцевих скорочень та серцевий ритм людини, сатурацію кисню, кількість вжитих калорій та кроків, пройдених за добу, стали предметом зацікавленості та вивчення вчених та лікарів, оскільки можуть надати надзвичайно корисну інформацію для визначення лікувальної тактики [1].

Нами було сплановане дослідження з **метою** визначити готовність лікарів використовувати фітнес-браслети та інші засоби для контролю стану здоров'я та функції вегетативної нервової системи у військовослужбовців та запропонувати шляхи використання цих пристроїв в умовах мирного та воєнного часу сімейним лікарем.

Сформовано наступні завдання для запланованого дослідження:

1) Провести аналіз даних літератури щодо потенційних технічних можливостей використання фітнес браслетів для контролю стану здоров'я та функції вегетативної нервової системи у військовослужбовців.

2) Провести опитування лікарів стосовно використання фітнес браслетів для контролю стану здоров'я та функції вегетативної нервової системи у військовослужбовців.

3) Провести аналіз отриманих в опитуванні даних та запропонувати оптимальну стратегію застосування фітнес браслетів для контролю стану здоров'я та функції вегетативної нервової системи у військовослужбовців в мирний та воєнний час.

Матеріали та методи: функціонал всіх сучасних моделей Smart Watch може бути схожим між собою. До основних характеристик смарт годинника для здоров'я відносяться: контроль різних спортивних режимів, фізичної діяльності протягом кожного дня, спостереження та контроль якості фаз сну та часу, кількість пройдених кроків та дистанції з історією маршруту, підрахунок калорій, спалених під час прогулянки та пробіжки, параметри для визначення пульсу, артеріального тиску та сатурації, що так важливо для лікаря [2].

До додаткових функцій розумного годинника для здоров'я належать:

- Вологозахист, це дозволяє використовувати пристрій у різних екстремальних умовах, що так важливо для військовослужбовців при виконанні бойових завдань.

- Досить високий рівень автономності з урахуванням особливостей і функціоналу смарт годинника (достатньо синхронізувати пристрій з телефоном і переглядати показники, що зчитуються в спеціальному додатку) [3].

Сімейні лікарі, терапевти, кардіологи, психологи підтверджують, що смарт годинник або фітнес трекер є дуже корисними приладами з точки зору медицини.

Об'єктом дослідження були лікарі різної вікової групи (78,5% були лікарі вікової категорії до 30 років, 9,8% - старші 40 років) та стажем роботи (від 5 до 25 років), слухачі УВМА, діючі військовослужбовці. Оброблено 33 анкети, з яких ми отримали дані по 17 питаннях.

Результати: слід звернути увагу на просвітницьку роботу з лікарями зі стажем 15-20 років, адже вони найменше обізнані з використання та користі для клінічної практики фітнес-браслетів. У воєнний час лікарі та військовослужбовці більше використовують гаджети для зв'язку (по мірі можливостей), ніж для контролю стану здоров'я, втім має бути розроблене інформування щодо принципів кібербезпеки для використання таких пристроїв у воєнний час.

Висновки: Таким чином, дизайн дослідження є обґрунтованим, а тема, яка підіймається в даному дослідженні – актуальна та потребує активного і глибокого вивчення. Недоліком даного дослідження є те, що набір пацієнтів проводили в період повномасштабного вторгнення країни агресора до нашої Батьківщини, що могло вплинути на результати оцінки даних, адже опитування проведено у невеликому обсязі і відповідає критеріям пілотного дослідження радше ніж дослідження, що визначає основані на доказах рекомендації. Втім ми намагались максимально ґрунтовно пояснити якість отриманих даних та позитивні і негативні сторони використання фітнес-браслетів з метою контролю стану здоров'я та функцій вегетативно-нервової системи у військовослужбовців.

Список літератури:

1. Bellazzi R. Big data and biomedical informatics: a challenging opportunity / Bellazzi R. // Yearb Med Inform. – 2014. – 9. – Р. 8-13.
2. Фітнес-браслети. Навіщо вони потрібні і як ними користуватися [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://goldy-woman.com/fitnes-uprazhneniya-103/1379-fitness-braslety-zachem-oni-nuzhny-i-kakimi-polzovatsya-obzor-xiaomi-mi-band-2>.
3. Людина у сучасному інформаційному просторі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bsmu.edu.ua/uk/news/digest/3869-lyudina-u-suchasnomu-informatsiynomu-prostori>.

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЕРТИФІКАЦІЇ ТА КІБЕРБЕЗПЕКА ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-БРАСЛЕТІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІЙ ВЕГЕТАТИВНО НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Ківеня Іван Миколайович, лейтенант медичної служби; , слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ;
kivenia4ivan@gmail.com

У зв'язку з активним розвитком диджиталізації в Україні все частіше ми бачимо людей, які використовують так звані «розумні годинники». Вважають, що це один з видів високотехнологічних медичних виробів, та не кожен користувач усвідомлює всю широту використання даних приладів [1].

Купити дані гаджети можливо як в переходах, так і високоспеціалізованих магазинах, з офіційними документами чи без них. У світі такі застосунки реалізуються, як правило без належної сертифікації. Легальну сертифікацію програмного продукту проводять лише окремі виробники.

Мета. Ознайомитися з правовим забезпеченням сертифікації фітнес-браслетів, та їх безпечним використанням військовослужбовцями, з точки зору кібербезпеки.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані наукових літературних джерел, чинні нормативно-правові акти щодо кібербезпеки військовослужбовців. Для досягнення поставленої мети були використані бібліосемантичний (бібліографічний), медико-статистичний аналізи.

Результати та обговорення. У кожному смарт-годиннику встановлені різні застосунки по визначенню стану організму людини. Завдяки ним ми можемо визначити пульс, сатурацію, артеріальний тиск, в нових програмах навіть ЕКГ, фази сну, кількість пройдених кроків та рекомендації по покращенню здоров'я. В багатьох країнах світу форма сигналу, результати, дата, час та будь-які симптоми реєструються та можуть бути експортовані із програми eHealth у вигляді PDF-файлу для обміну з лікарем. Якщо пацієнт відзначає симптоми, що вказують на серйозний стан, йому пропонується негайно зателефонувати до служби екстреної допомоги. Відомо, що в Україну офіційно такий застосунок не постачається. Серед країн сусідів, яким постачається такий застосунок офіційно та провадиться обслуговування, можна виокремити Польщу, РФ, Румунію, Угорщину, Туреччину, де відбувається одночасна фіксація результатів програмного продукту в «eHealth». Щодо сертифікації приладів відомо, що клас і характеристики медичного виробу в Україні визначають процедуру оцінки відповідності та необхідність залучення призначеного органу. Чим вищий клас, тим істотніший ризик, і тим складніша процедура сертифікації. Реєстрація особи, відповідальної за введення в обіг, є обов'язковою для всіх виробів I-го класу, включаючи Im і Is, а також – для всіх медичних виробів для *in vitro* діагностики. Процедура «самодекларування» застосовується тільки для найбільш безпечних продуктів, до яких відноситься близько 30% всіх медичних виробів, і більше 80% медичних виробів для *in vitro* діагностики. Дана процедура передбачає, що виробник або його уповноважений представник самостійно виконає всі необхідні для оцінки відповідності дії, без звернення в призначений орган, і надає Декларацію про відповідність вимогам технічного регламенту [2].

Для перевірки і підтвердження відповідності медичних виробів використовуються основні вимоги (Essential requirements) – чеклист, вказаний до кожного технічного регламенту. Перед розміщенням медичного виробу на ринку також необхідно провести реєстрацію особи, відповідальної за введення в обіг. Реєстрацію проводить Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками (Держлікслужба) на підставі поданого пакету документів.

Аудит (інспекція) виробника проводиться призначеним органом з оцінки відповідності на місці розташування легального виробника, а в деяких випадках - і на виробничих дільницях. Процедура складається з декількох етапів, і включає оцінку документації, узгодження плану і програми аудиту, сам аудит на місці, складання звіту (протоколу) про проведений аудит і видачу сертифіката.

З цих даних слідує, що процедура сертифікації гаджетів є досить дорогою і тривалою, проте сертифікат відповідності може включати в себе дуже велику номенклатуру виробів. Сертифікат відповідності видається терміном до 5 років, і є об'єктом щорічного наглядного аудиту (істотно менш тривалим і дешевшим відносно ініціального аудиту).

Якщо проаналізувати представлені на українському ринку гаджети – смартфони, смарт-годинники, планшети, - майже всі вони в описі зазначають, що пристрій використовує російську навігаційну систему ГЛОНАСС, та більшість не мають пройденої сертифікації. За інформацією з відкритих джерел, ГЛОНАСС (розшифровується як глобальна навігаційна система) – це російська супутникова система навігації, яка надає послуги безкоштовно й без обмежень, а також зашифрований сигнал підвищеної точності для спеціального застосування. Тобто наразі супутникова система може працювати у двох напрямках – для цивільного застосування та на потреби військових. Навіть звичайний фітнес-браслет несе в собі небезпеку, як для цивільних так і для військових, маючи в собі вбудований чіп. Під'єднуючи свій смарт-годинник до мобільного телефону, ми автоматично ворогу надсилаємо свої дані, не лише про здоров'я, а й про місце розташування, попередні

перегляди новин, дані, які ми вводили в пошукові системи. Всім відомі виробники Xiaomi band, Mi band, навіть деякі серії Apple, Garmin, та більшість китайських фітнес-браслетів спокушають до купівлі невеликою вартістю), розрекламованою якістю, але ніхто не задумується про їхні операційні системи та чіпи. [3].

В мирний час застосування фітнес-гаджетів може бути використане для контролю стану здоров'я військовослужбовця/пацієнта, а також в межах тренувальних програм із дотриманням принципів кібербезпеки (купування сертифікованих та захищених гаджетів, відключення функції відслідковування місцезнаходження та маршрутів пересування при фізичних навантаженнях). Проте, у воєнний час застосування фітнес-гаджетів у військовослужбовців має бути максимально обмежено та використовуватись лише поза зоною бойових дій та служби із дотриманням принципів кібербезпеки та з дозволу безпосереднього командира [4].

Висновки. Якщо підсумувати, то самі по собі гаджети з підтримкою російської системи ГЛОНАСС небезпеки для українців не несуть. А ось чіпи, навіть виготовлені для комерційних мирних цілей, які підтримують російську навігаційну систему, ворог перетворює на зброю проти українців. Тому питання повної відмови від підтримки російської навігаційної супутникової системи ГЛОНАСС в мікроелектроніці має стати наразі для українського уряду пріоритетним. Для військовослужбовців та цивільних осіб, як в мирний так і військовий час потрібно вибирати лише перевірену, сертифіковану продукцію, для якісного і безпечного використання як у медичних так і власних цілях.

Список використаної літератури:

1. Людина у сучасному інформаційному просторі [Електронний ресурс 2021]. – Режим доступу: https://www.bsmu.edu.ua/uk/news/digest/3869-lyudina-u-suchasnomu_informatsiynomu-prostori.
2. [GLONASS Status and Modernization](#) [Архівовано 21 вересня 2013 у [Wayback Machine](#)]. Ekaterina Oleynik, Sergey Revnivkykh, 51th CGSIG Meeting, September 2011
3. http://www.esa.int/esaNA/GGGQI950NDC_egnos_0.html [Архівовано 21 жовтня 2012 у [Wayback Machine](#).] «The master control centres determine the accuracy of GPS and GLONASS signals received at each station»
4. Фітнес-браслети. Навіщо вони потрібні і як ними користуватися [Електронний ресурс 2022]. – Режим доступу: <https://goldy-woman.com/fitnes-uprazhneniya-103/1379-fitness-braslety-zachem-oni-nuzhny-i-kakimi-polzovatsya-obzor-xiaomi-mi-band-2>.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ УЧАСНИКІВ ООС З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Лисюк Марина Олександрівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Негоспітальна пневмонія (НП) завжди була, і мабуть буде, потенційно небезпечною для життя інфекційною недугою та є однією з провідних причин захворюваності, госпіталізації і смертності в усьому світі. При цьому, найбільш високі показники захворюваності реєструються в закритих колективах і, в першу чергу, серед військовослужбовців, призваних до лав збройних сил. В Україні розповсюдженість НП у військових колективах в останні роки складала біля 25 %. В окремих військових частинах, зокрема в навчальних центрах, захворюваність НП в декілька разів перевищує відповідний показник серед військовослужбовців в цілому і може сягати 70–250 %.

Мета дослідження. Вивчення клініко-лабораторної діагностики негоспітальної пневмонії у військовослужбовців, які проходили службу у зоні ООС.

Матеріали та методи дослідження. Етіологічна діагностика, клінічна ефективність та безпека різних режимів антимікробної терапії у військовослужбовців, хворих на негоспітальну пневмонію вірусно-бактеріальної етіології, що потребують госпіталізації у

терапевтичне відділення. Загальноклінічні, біохімічні, рентгенологічні, бактеріологічні, вірусологічні, фармакоеконімічні та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. Використання алгоритму етіологічної діагностики збудників НП у мобілізованих для проходження служби в зоні ООС під час бойових дій дозволив встановити причину захворювання в 30,6 % випадків: тільки вірусний збудник – у 1,9 % пацієнтів, вірусний + бактеріальний збудники – у 23,0 % та лише бактеріальний збудник – у 5,7 % пацієнтів.

Висновки. У результаті проведених комплексних організаційних заходів налагоджена система надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на вірусно-бактеріальну пневмонію III клінічної групи в зоні проведення АТО/ООС, знизилася часова показники етапної евакуації, поліпшилася якість терапії цього контингенту пацієнтів та почали вирішуватися питання медичної та медико-соціальної реабілітації. Все це дало можливість досягти одужання або покращення стану у всіх хворих на вірусно-бактеріальну пневмонію III клінічної групи, що були включені в дослідження.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Сидорова Наталія Миколаївна, док. мед. наук, професор кафедри військової загальної практики-сімейної медицини

Кліщ Ірина Миколаївна, слухач III курсу ФПВЛ УВМА, ЛЗП-СМ для ДШВ
Українська військово-медична академія, м. Київ

iklishch@gmail.com

Вступ та актуальність. Нещодавно було встановлено кореляційні зв'язки між перебігом періоду після бойової травми (БТ) та лабораторними показниками метаболізму: даними ліпідограми, рівня білку та глюкози крові [1]. В останніх дослідженнях, присвячених вторинній патології внутрішніх органів у постраждалих з БТ, було наголошено на ролі синдрому дисметаболізму як ключового чинника ризику [2].

Дисметаболізм лежить в основі багатьох хронічних захворювань, зокрема серцево-судинних, тому виявлення таких ознак у військовослужбовців з БТ дозволить сформулювати заходи із профілактики довгострокових ускладнень, зменшити вірогідність розвитку серцево-судинної патології в майбутньому [3]. Нами був розроблений дизайн дослідження, яке передбачало визначення означеного питання.

Мета. Встановити наявність особливостей стану ліпідного, вуглеводного та білкового обміну за рутинними лабораторними показниками у військовослужбовців після отримання БТ та визначити вплив виявлених змін на розвиток серцево-судинної патології у майбутньому.

Завдання дослідження:

1. Визначити стан ліпідного, вуглеводного та білкового обміну за рутинними лабораторними показниками у групи військовослужбовців після отримання БТ.
2. Провести порівняльний аналіз у військовослужбовців після отримання БТ залежно від наявності/відсутності ознак порушення вуглеводного метаболізму.
3. Визначити, чи потребують встановлені зміни контролю та втручання лікаря загальної практики-сімейної медицини з метою профілактики серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи. Відповідно до розробленого дизайну об'єктом дослідження є військовослужбовці, госпіталізовані у 2021 та 2022 роках до відділень терапевтичного профілю Житомирського військового госпіталю для лікування БТ. Відповідно до поставленої мети та завдань даної роботи заплановано набір 30 чоловіків з БТ.

Для досягнення поставленої мети і виконання завдань дослідження згідно з дизайном будуть оцінені клінічні дані постраждалих з БТ; вітальні показники (індекс маси тіла, систолічний та діастолічний артеріальний тиск, частота серцевих скорочень);

лабораторні показники (загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові). З обстежених пацієнтів заплановано визначити дві підгрупи, до I підгрупи будуть включені пацієнти з виявленим порушенням метаболізму глюкози у вигляді показника глюкози натще більше 5,6 ммоль/л; II підгрупа пацієнтів – без відповідних порушень.

Результати та обговорення. На підставі отриманих даних планується виявити особливості групи осіб з БТ та порушеннями метаболізму з метою пошуку шляхів компенсації виявлених патологічних змін.

Висновки. Таким чином, мета дослідження є обґрунтованою. Тема, що підіймається в даному дослідженні є актуальною та потребує активного і глибокого вивчення.

Список літератури:

1. Lovkin I. M., Sydorova N. M., Kazmirchuk A. P., Sydorova L. L., Tabakar K. I., Mandzii M. I. Various mechanisms of myocardial necrosis development due to combat injury as a reason for discussion: a case series. Zaporozhye medical journal 2022; 24 (4), 489-496. DOI: 10.14739/2310-1210.2022.4.260118(Web of Science).
2. Казмірчук А.П., Дрюк М.О., Денисенко І.Г., Циц О.В. Організація надання спеціалізованих видів медичної допомоги пораненим. Травмованим та хворим учасникам АТО. Сучасні аспекти військової медицини. 2016. Вип. 23. С.34-44.
3. Бойчак М. П., Осьодло Г. В. Терапевтичні аспекти війни на сході України. Монографія. Київ: Видавництво Людмила, 2020. 320 с.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сидорова Наталія Миколаївна, док. мед. наук, професор кафедри військової загальної практики-сімейної медицини

Кліщ Ірина Миколаївна, слухач III курсу ФПВЛ УВМА, ЛЗП-СМ для ДШВ
Українська військово-медична академія,
iklishch@gmail.com

Вступ та актуальність. Сучасні бойові дії (БД) вирізняються низкою чинників, що зумовлюють характер санітарних втрат. До них належать висока динамічність БД, відсутність чіткої лінії фронту, застосування сучасного озброєння та бойової техніки, тяжкість травми, хронічна стресова ситуація [1]. Їхня взаємодія спричиняє поєднаність, комбінованість, поліорганність патологічних змін, що мають місце під час поранення. У структурі сучасної бойової травми (БТ) питому вагу становлять тяжкі поєднані й множинні поранення, що пов'язано з удосконаленням зброї та зміною тактики ведення БД [2].

Вдосконалення системи надання медичної допомоги постраждалим з БТ внаслідок БД, на сьогодні є найактуальнішим завданням, тому що кожен п'ятий поранений в ході БД на сході України до повномасштабного вторгнення мав вторинну, пов'язану з БТ, патологію внутрішніх органів, якій притаманні малосимптомність, пізні виявлення, схильність до рецидивів та ускладнень, тяжкий перебіг, коморбідність, часте поєднання з черепно-мозковою та торакоабдомінальною травмами, невідповідність ступеня функціональних порушень патоморфологічним змінам в органах [3].

Мета. Встановити наявність особливостей стану ліпідного, вуглеводного та білкового обміну за рутинними лабораторними показниками у військовослужбовців після отримання БТ та визначити вплив виявлених змін на розвиток серцево-судинної патології у майбутньому.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були 30 військовослужбовців, госпіталізованих у 2021 та 2022 роках до відділень терапевтичного профілю військової частини А1065 для лікування наслідків бойової травми.

За допомогою стандартних статистичних методів досліджувались вітальні ознаки обстежених пацієнтів, дані лабораторних та інструментальних досліджень, здійснювався

порівняльний аналіз отриманих результатів. Дослідження проводились за допомогою пакетів прикладних програм Statistica (версія 5,2) та MS Excel на персональному комп'ютері.

Результати та обговорення.

Всі обстежувані військовослужбовці були розподілені нами на 2 підгрупи: I підгрупа – з порушенням вуглеводного метаболізму та субклінічного гіперметаболізму (показник глюкози $\geq 5,6$ ммоль/л); II підгрупа – без порушень вуглеводного метаболізму та субклінічного гіперметаболізму (показник глюкози $< 5,6$ ммоль/л).

Пацієнти I підгрупи характеризувались високим ризиком розвитку вторинної патології серцево-судинної системи, чого не спостерігали в підгрупі з показником глюкози менше 5,6 ммоль/л (II підгрупа) (показник ризику, розрахований за методом, розробленим вітчизняними дослідниками Н. М. Сидорова та співавт. [4], складає 51% проти 38% відповідно).

За локалізацією поранень в обох підгрупах переважали вогнепальні поранення кінцівок, частіше нижніх (61,5 % і 41,2 %).

Вітальні показники в середньому знаходились в межах норми, хоча існували певні тенденції до несприятливих рівнів, що свідчать про підвищення виникнення ризику серцево-судинної патології, зокрема був підвищений середній показник частоти серцевих скорочень в обох підгрупах (82,6 і 78,4 уд/хв) та показник індексу маси тіла ($26,6 \pm 1,2$ кг/м² і $27,2 \pm 1,1$ кг/м²).

Аналіз рутинних показників загального аналізу крові в обох підгрупах свідчив про наявність постгеморагічної анемії та лейкоцитозу без статистичних відмінностей між ними, швидкість осідання еритроцитів була підвищеною в обох підгрупах, втім без достовірної різниці, хоча в II підгрупі за абсолютним значенням показник був більшим на 66,5%.

Статистичний аналіз достовірності для пар найбільш змінених показників біохімічного обстеження крові: швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), креатиніну та аланінової амінотрансферази (АЛАТ) не виявив статистичної різниці, хоча була відмічена за кількісними значеннями тенденція до погіршення функції нирок за показниками креатиніну та ШКФ в I підгрупі (середній рівень креатиніну $100,7 \pm 6,1$ мкмоль/л, ШКФ $75,3 \pm 5,7$ мл/хв/1,73м²), та гіршого показника АЛАТ в II підгрупі ($39,9 \pm 5,5$ Од/л).

Висновки. В ході проведених досліджень були встановлені особливості перебігу періоду після БТ, які полягали в змінах лабораторних аналізів крові та деяких біохімічних показників, зокрема: лабораторні ознаки дисметаболізму; лейкоцитоз та зменшення рівня гемоглобіну та гематокриту; підвищення ризику серцево-судинної патології та підвищений ризик тромбоемболії.

Встановлені під час дослідження типові ознаки дисметаболізму у військовослужбовців з БТ можуть бути використані для обґрунтування основних заходів із профілактики довгострокових ускладнень, зменшити вірогідність розвитку в майбутньому серцево-судинної патології.

Список літератури:

1. Сидорова Н.М., Савицький В.Л., Куц Т. В. Вторинна патологія серцево-судинної системи при бойовій травмі : навчальний посібник. [Електронне видання] К : УВМА, 2022. 56 с.
2. Sydorova N., Halushka A., Sydorova L. Modelling of cardiac hemodynamics for better understanding of pathophysiology of secondary cardiomyopathy in combatants with combat trauma. EuroEcho Imaging 2018, Milan, 5-9 December 2018. European Heart Journal – Cardiovascular Imaging. Vol. 20. Suppl. 1. 1 January 2019. P. i519 (Poster session 2). doi.org/10.1093/ehjci/jey266 Poster Session - Poster session 2, European Heart Journal - Cardiovascular Imaging, Volume 20, Issue Supplement_1, January 2019, Pages i421–i542, <https://doi.org/10.1093/ehjci/jey266>.
3. Мясников Г. В., Казмирчук А. П., Сидорова Н. Н. Уровень фибриногена в плазме крови – предиктор развития вторичного поражения внутренних органов у

постраждалих с боевой травмой. Сучасні аспекти військової медицини. 2015. Вип. 22. Частина 2. С. 261-265.

4. Сидорова Н. М., Савицький В. Л., Казмірчук А. П., Галушка А. М., Льовкін І. М., Куц Т. В. Організація профілактики вторинної патології серцево-судинної системи у військовослужбовців, які отримали бойову травму (організаційно-методичні вказівки). [Електронне видання] К : УВМА, 2022. 30 с.

КИШКОВИЙ ІЄРСИНІОЗ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Пушинська Валентина Дмитрівна, слухач 3 курсу факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, valentinka120295@gmail.com

Кишковий ієрсиніоз – гостра антропозоозна кишкова інфекція, що супроводжується поліморфністю клінічної картини та неспецифічністю проявів. Питома вага кишкового ієрсиніозу в Україні серед гострих діарей коливається в межах від 0,4 до 15 %. Патогенетичні і епідеміологічні особливості кишкового ієрсиніозу значною мірою обумовлені біологічними властивостями збудника. Важливою є ознака стійкості ієрсиній у зовнішньому середовищі. Хвороба має епідеміологічне, соціальне та економічне значення, тому є актуальним і для військових колективів.

Метою роботи є вивчення клінічних та епідеміологічних особливостей кишкового ієрсиніозу у військовослужбовців ЗС України в 2018-2021 рр.

Методи. Проаналізовані 106 історій хвороб курсантів та військовослужбовців строкової служби, які знаходились на стаціонарному лікуванні в одному із закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України. Вік пацієнтів складав від 19 до 24 років.

Результати. За 2018-2021 роки захворюваність на кишковий ієрсиніоз становила від 0,04 до 0,18 на 1000 військовослужбовців. Переважно реєструвалися гастроінтестинальна (53,5 % випадків), абдомінальна (25,5 %), артралгічна (12,4%), екзематозна (4%) синдроми. Слід відмітити, що у 78,5% пацієнтів спостерігалась змішана форма хвороби. Жовтятицю виявили у 11,3 % хворих.

Перебіг захворювання був легкий у 75,6% випадків, середньої важкості - у 17,8%, важка форма – у 1,2%. Тривалість хвороби в середньому складала $19 \pm 1,7$ дні.

Провідним симптомом кишкового ієрсиніозу була діарея, яка виявлялася у 55% хворих. Гарячка реєструвалась у 95% та її тривалість складала 4,1 дні. Температурна реакція супроводжувалася іншими проявами інтоксикації. Екзантема виявляється у 44 % хворих. Висипка мала поліморфний характер і тривала в середньому 6 днів.

Ускладнення з боку серцево-судинної системи спостерігалися в 9,6% хворих. У 15,6 % випадків перебіг інфекції мав клінічну картину гострого апендициту та хворим з цього приводу було проведено оперативне втручання. У 6,6% реєструвалося ускладнення у вигляді реактивного панкреатиту.

Через поліморфність клінічних ознак та неспецифічність проявів частині хворих не був своєчасно встановлений діагноз «Кишковий ієрсиніоз», певна кількість таких пацієнтів лікувалися із іншими діагнозами (апендицит, мезаденіт, ревматоїдний артрит). Лабораторне підтвердження діагнозу пов'язано з труднощами діагностики, потребує високого професіоналізму від персоналу лабораторії.

Висновки. Кишковий ієрсиніоз набуває актуальності в Збройних Силах України у зв'язку зі значним зростанням кількості хворих за останні роки. Потребує удосконалення методів лабораторної діагностики для своєчасного встановлення діагнозу та проведення лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ НА ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Баюк Євгенія Вікторівна- лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Коваль Сергій Борисович- працівник ЗСУ, доцент кафедри ЛЗП-СМ
Українська військово-медична академія
yevheniia.baiuk@gmail.com

Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) займають одне з провідних місць у структурі гінекологічної патології, вони виявляють у 60-65% всіх гінекологічних хворих. В Україні приблизно у 35 тис. жінок щорічно діагностують запальні захворювання матки та придатків, з них 30% потребують стаціонарне лікування. За останні роки частота ЗЗОМТ значно збільшилася. Ефективна діагностика і лікування неспецифічних захворювань статеві системи є ключовим елементом у підтриманні здоров'я військовослужбовців і збільшенні їх бойової готовності.

Мета дослідження : дослідження та оптимізація методів діагностики та лікування неспецифічних захворювань статеві системи жінок-військовослужбовців.

Методи дослідження: клінічні, мікробіологічні (бактеріологічні, мікроскопічні, серологічні, полімеразна ланцюгова реакція, реакція імунофлюоресценції), ультразвукові, інформаційно – аналітичні, статистичні.

Результати дослідження :

На основі проведеного вивчення історій хвороб пацієнтів було встановлений діагноз, з яким вони звернулися до медичного закладу. На основі цих даних пацієнтів було розділено на три групи згідно хвороб. Так, до першої групи входили пацієнтки, яким лікарі поставили діагноз – сальпінгофорит (40 осіб, 54 %). До другої групи входили жінки із діагнозом пельвіоперитоніт (24 особи, 32 %), до третьої із діагнозом ендометрит (10 осіб, 14 %) Вивчення результатів бактеріологічного дослідження із цервікального каналу показало, що у пацієнток із основної групи (42 особи) були виділені мікроорганізми : E. coli, Staphylococcus spp.; C. Albicans та інші. Для усіх присутніх у стаціонарному відділенні були призначені різні антибіотики. На основі проведеного аналізу було встановлено, що серед усіх антибіотиків, які застосовувалися приданих захворюваннях найчастіше застосовували похідні нітромідазолу. Їх призначали 63 пацієнткам (85 %), але в комбінації з іншими антибіотиками На другому місці за частотою використання були цефалоспорины, які призначалися 37 (50,0 %) пацієнткам, у комбінації з іншими антимікробними препаратами. У 17 (22,9 %) пацієнток у комплекс антимікробних препаратів були включені тетрацикліни, які призначалися у поєднанні з цефалоспорином + похідними нітроїмідазолу 11 (15,9 %), а також – з похідними нітроїмідазолу 6 (8,1 %). За частотою використання тетрацикліни посідали третє місце. 14 (18,9 %) пацієнткам було призначено фторхінолони.

Висновки: основними збудниками запальних захворювань в основному є стафілококи, стрептококи, кишечна паличка, ентерококи, протей, гонококи, мікоплазми. Часто при запальному процесі виявляються мікробні асоціації. Призначення антимікробних препаратів у гінекологічних стаціонарах найчастіше проводиться емпірично, т.к. визначення мікробних збудників, що викликали запальний процес, є тривалою та багатовитратною процедурою. Тривалість прийому антимікробних препаратів понад 10 діб була зареєстрована у 34 (46,4 %) пацієнток та за частотою призначення була найпоширенішою. Нові технології, такі як телемедицина, можуть покращити доступ до діагностики та лікування для жінок військовослужбовців, особливо тих, які перебувають на віддалених територіях. Профілактичні заходи, такі як освіта щодо правильної гігієни та вакцинації, можуть знизити ризик розвитку неспецифічних захворювань статеві системи серед жінок військовослужбовців.

Список літератури:

1. Байрамова, Г. Р. Оцінка ефективності прийому комбінованої терапії неспецифічного вагініту і цервіциту / Г. Р. Байрамова, М. Н. Костава // Гінекологія. – 2011. Т. 13, № 1. С. 4-7.
2. Болотна М. А. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 307 с.
3. Залізник В.О. Запальні захворювання жіночих статевих органів: навчальний посібник для самостійної роботи студентів V-VI курсів медичного факультету та лікарів-інтернів акушерів-гінекологів / В.О. Залізник. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. –Бібліогр.:с 95.
4. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women [Text] / W.W. Andrews, J.C. Hauth, S.P. Cliver [et al.] // J. Obstet. Gynecol. – 2006. - Vol. 195(6). – P. 1611–1616.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Горянський Андрій Сергійович – лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Алаторських Анастасія Євгенівна – викладач кафедри ВЗП-СМ
Українська військово-медична академія

Псоріаз або лускатий лишай - це хронічне захворювання шкіри, від якого страждає майже 4 % населення світу. [2] Він вражає людей у будь-якому віці, причому майже 70 % пацієнтів занедажують ще в молодості - до 20 років. В 30 % випадків псоріаз починається у віці до 20 років, тобто у найбільш поширеній групі молодих людей, що призиваються в армію. Чоловіки, що попадають під осінній призов у групі ризику. [1,6]

Мета дослідження : Визначення алгоритму діагностики та лікування військовослужбовців із псоріазом, вплив на військову службу та якість життя псоріазу у хворих.

Об'єкт дослідження: перебіг псоріазу.

Результати дослідження : Дослідження проведено на базі шкірно-венерологічного відділення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону впродовж 2022-2023 років. У дослідженні було проаналізовано дані 97 військовослужбовців які були поділені на 2 групи (1 група пацієнти з метаболічним синдромом (МС) 2 група без МС). Клінічна картина хворих за всіма групами ознак характеризувалася симетричним розташуванням уражень, переважно: - на розгинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок; - на бічних поверхнях тіла; - в попереково-крижовій ділянці. У 65 (69,9%) хворих відзначено ураження волосистої частини голови. Патологічний процес представлений папульозними елементами зливного характеру з чіткими межами. Усі пацієнти мали позитивну триаду Ауспіца. Позитивний феномен Кебнера відзначений у 20,43% випадків. Окремі компоненти МС були присутні у пацієнтів обох груп, що характерно для перебігу псоріазу [3,5]. Проте вони частіше були присутні у пацієнтів 1 групи за наявності МС. У хворих 1 групи показник площі ураження шкіри з БСА перевищував показник хворих 2 групи без МС на 37,33 % ($p < 0,05$). Об'єктивні показники клінічних проявів псоріазу у хворих 1 групи перевищували такі у хворих 2 групи ($p < 0,05$), еритема – на 26,94 %, інфільтрація – на 26,15%; Проведені статистичні дослідження дозволили встановити вплив на військову службу та якість життя хворих на псоріаз; активність псоріазу – за прямою кореляцією між індексами PASI та DLQI ($r = + 0,64$; $p < 0,05$); площа ураження - за прямою кореляцією між BSA та DLQI ($r = + 0,58$; $p < 0,05$). Встановлено зв'язок між показниками ІМТ ($r = 0,33$, $p < 0,05$), інсулінорезистентністю та ступенем тяжкості псоріазу; зокрема, були коефіцієнти кореляції між показниками ІМТ та PASI – $r = 0,35$ ($p < 0,05$); між показниками НОМА-IR та PASI – $r = 0,67$ ($p < 0,05$) [2]. Це підтверджує обтяжуючий вплив компонентів МС на перебіг псоріазу, що необхідно враховувати у практичній діяльності.

Висновки: Діагностика базується на явних клінічних симптомах, лабораторному дослідженні, оцінці важкості, наявності супутніх захворювань та перебігу псоріазу[4]. Усе це має першочергове значення для висновків ВЛК та подальшому проходженні військової служби або видачі «білого білета». Наявність метаболічного синдрому у хворих на псоріаз супроводжується більш тяжким перебігом псоріазу за показниками площі ураження шкіри BSA та індексом активності запального процесу PASI. Отже для військових дуже важлива діагностика, лікування, захворювання. Це дає змогу оцінити перебіг псоріатичної хвороби.

Список літератури :

1. Міністерство охорони здоров'я України. (2015). Наказ МОЗ України від 20.11.2015 р. № 762 "Про затвердження тавпровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії". Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0762282-15#Text>.
2. Abrouk, M., Nakamura, M., Zhu, T. H., Farahnik, B., Koo, J., & Bhutani, T. (2017). The impact of PASI 75 and PASI 90 on quality of life in moderate to severe psoriasis patients. *Journal of Dermatological Treatment*, 28 (6), 488-491. DOI: 10.1080/09546634.2016.1278198.
3. Augustin, M., & Radtke, M. A. (2019). Psoriasis: Epidemiology. In *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. (pp. 343-349). <https://doi.org/10.1002/9781119142812.ch27>.
4. Michalek I.M., Loring B., John S.M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017;31:205–212. doi: 10.1111/jdv.13854.
5. Zhang P., Wu M.X. A clinical review of phototherapy for psoriasis. *Lasers Med. Sci.* 2018;33:173–180. doi: 10.1007/s10103-017-2360-1.
6. Федоренко О.Є. Клінічний досвід терапії псоріазу / О.Є. Федоренко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2012. — № 1. — С. 59—62.

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ЕТАПІ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З МІННО- ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ

Карнаух Дмитро Олександрович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Dimkafcsdon@gmail.com

Рабошук Олександр Володимирович, викладач кафедри анестезіології та реаніматології,
Українська військово-медична академія,

Вступ. Питання діагностики, лікування та реабілітації постраждалих з тяжкими мінно-вибуховими пораненнями залишаються дискусійними і неоднозначними як в українських, так і в закордонних літературних джерелах. На сьогоднішній день остаточно не вирішені організаційні питання тактики хірургічного лікування політравми та інтенсивної терапії ускладнень (поліорганна недостатність, гостра ниркова недостатність тощо) на подальших етапах евакуації. Висока летальність, раньові ускладнення, тривалі терміни перебування в лікувальних установах, втрата працездатності та високий рівень інвалідизації визначають необхідність вдосконалення медичної допомоги даній категорії постраждалих на етапах медичної евакуації.

Мета. Оптимізувати тактику інтенсивної терапії (ІТ) синдрому поліорганної недостатності (СПОН) пораненим з мінно-вибуховою травмою (МВТ) внаслідок сучасних бойових дій.

Матеріали і методи. Аналіз відкритих наукових джерел, в яких міститься інформація про поліорганну недостатність як ускладнення МВТ у військовослужбовців і цивільного населення. Ретроспективний аналіз даних медичних карток стаціонарних хворих, карт інтенсивної терапії пацієнтів Військово-медичного клінічного центру Східного регіону (м. Дніпро) у період з 2014 по 2023 рік.

Результати дослідження. В результаті опрацювання вітчизняної і закордонної наукової літератури виявлено, що при відсутності ефективної і своєчасної ІТ у більш ніж 1/3

поранених з мінно-вибуховою травмою розвивається СПОН [1]. У ранньому посттравматичному періоді політравми розвиток СПОН, як правило, обумовлений реперфузійним синдромом, що є наслідком тяжкого шоку. У більш віддаленому періоді травматичної хвороби свій внесок у прогресування і ступінь тяжкості СПОН роблять гнійно-септичні ускладнення.

Приблизно 60 % потерпілих не доживають до етапу КМД. Серед госпіталізованих хворих найбільшу летальність відмічають у перші 48 годин, що пов'язано з розвитком масивної крововтрати та шоку (13,5 %), ушкодженням життєво-важливих органів та тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ) (17,9 %). У подальшому провідними причинами загибелі є інфекційні ускладнення з розвитком сепсису (28,9 %) та поліорганна недостатність (37,5 %) [2].

Сучасна ІТ СПОН передбачає можливість повноцінного, іноді тривалого протезування функцій життєво важливих органів і систем (респіраторної, серцево-судинної, печінкової, ниркової та ін.), у тому числі з використанням методів екстракорпоральної гемокорекції [3]. Одним із таких методів є подовжена гемодіафільтрація (ГДФ). Метод подовженої вено-венозної ГДФ дозволяє зменшити прояви ендотоксикозу, що виникає внаслідок масивного травматичного пошкодження тканин при політравмі, видалити прозапальні цитокіни та інші медіатори поліорганної недостатності.

Зниження об'єму інфузії при поповненні травматичної крововтрати не зменшує протишокового ефекту інфузійно-трансфузійної терапії [4].

Досягти зниження об'єму інфузії можна за рахунок раннього використання вазопресорів, при цьому скорочується середня тривалість вазопресорної підтримки [5]. Частота ШВЛ не залежить від типу поповнення крововтрати, але при рестриктивній інфузійній терапії скорочується тривалість ШВЛ, зменшується кількість пневмоній, рідше виникає потреба в трахеостомії.

Дотримання рестриктивного типу поповнення крововтрати (до 70 мл/кг), переважно за рахунок зниження частки незбалансованих кристалоїдних розчинів та розчинів ГЕК, має очевидні переваги. При подібній стратегії у віддаленому періоді швидше стабілізується загальний стан, зменшуються прояви СПОН у вигляді дихальної, серцево-судинної та печінкової недостатності, знижуються кількість ускладнень та летальність.

Наявну в літературних джерелах інформацію про кореляцію між зростанням об'єму парентерально введеної рідини і ризиком розвитку гострого ураження нирок також було перевірено у власному дослідженні. Як маркери пошкодження нирок було взято рівні креатиніну та сечовини сироватки крові. Проаналізовано вихідні значення цих маркерів у всіх пацієнтів до початку інфузійно-трансфузійної терапії (ІТТ) та в динаміці (на 3 день) після її проведення. У пацієнтів, що велися за рестриктивною стратегією (РС) початковий рівень креатиніну становив $89,1 \pm 12,1$ мкмоль/л, сечовини - $5,7 \pm 2,0$ мкмоль/л. В той же час, у пацієнтів, що велися за ліберальною стратегією (ЛС) ІТТ ці показники становили $99,9 \pm 31,4$ мкмоль/л та $7,15 \pm 2,8$ мкмоль/л відповідно. Оцінка показників стану нирок в динаміці після кожної зі стратегій ІТТ на протязі перших трьох діб лікування показала зниження рівня креатиніну до $78,8 \pm 8,6$ мкмоль/л (11,6%) та сечовини до $4,7 \pm 1,3$ (17,6%) у пацієнтів з РС. В той же час у пацієнтів з ліберальною стратегією зниження рівня креатиніну відмічалось до $95,6 \pm 23,8$ мкмоль/л (4,3%) та сечовини до $6,7 \pm 2,3$ (6,3%) у пацієнтів з РС.

В ході власного дослідження було вирішено перевірити вплив інфузії ГЕК на стан нирок. Дослідна група включала пацієнтів, яким за час ІТ проводилася інфузія ГЕК (n=13). Контрольна група включала 17 постраждалих, які не отримували колоїдів. Як маркери гострого ураження нирок бралися до уваги вихідні показники креатиніну сироватки крові та рівень калію крові та їх значення в динаміці на фоні терапії препаратами ГЕК.

Встановлено, що початкові показники креатиніну сироватки крові у пацієнтів з дослідної групи становили $95,7 \pm 23,6$ мкмоль/л, калію сироватки крові - $4,1 \pm 0,7$ ммоль/л; у пацієнтів контрольної групи - $89,4 \pm 28,4$ мкмоль/л та $4,8 \pm 1,3$ ммоль/л відповідно. Також було оцінено і порівняно динаміку зміни цих показників у дослідної групи порівняно з

контрольною на протязі 3 днів терапії препаратами ГЕК. Показники креатиніну у пацієнтів дослідної групи становили $97,5 \pm 22,7$ мкмоль/л, показники калію $4,9 \pm 0,9$ ммоль/л. В той же час у пацієнтів контрольної групи $86,1 \pm 26,1$ мкмоль/л та $4,6 \pm 1,1$ ммоль/л відповідно.

В ході власного дослідження було вирішено підтвердити чи спростувати інформацію в літературних джерелах[6], яка свідчить про те, що переливання еритроцитарної маси пацієнтам з SIRS синдромом або сепсисом є фактором ризику розвитку подальших інфекційних ускладнень у таких пацієнтів.

З загальної кількості опрацьованих медичних карт стаціонарних хворих було відібрано пацієнтів ($n=22$), які мали 2 та більше діагностичних критеріїв SIRS синдрому. Наступним етапом було визначення серед всіх пацієнтів, які мали діагностичні критерії SIRS синдрому тих, яким проводилася трансфузія еритроцитарної маси ($n=10$) (дослідна група) та тих, яким трансфузія не проводилася ($n=12$) (контрольна група). Як маркер ризику розвитку інфекційних ускладнень було взято показники лейкоцитів крові та нейтрофілів. Дані показники оцінювалися як до початку ІТ, так і в динаміці, через деякий час після трансфузії.

За результатами дослідження з'ясовано, що початковий рівень лейкоцитів крові у пацієнтів дослідної групи становив $13,7 \pm 4,5 \times 10^9$ /л, нейтрофілів – $77,8 \pm 4,8\%$. При переоцінці цих показників через 5 днів після трансфузії еритроцитарної маси рівень лейкоцитів незначно знизився до $12,4 \pm 6,2 \times 10^9$ /л (на $9,5\%$), рівень нейтрофілів при цьому залишився практично на тому ж рівні – $77,4 \pm 7,8\%$ (зниження на $0,5\%$). В той же час у пацієнтів контрольної групи вихідний рівень лейкоцитів був $14,3 \pm 4,0 \times 10^9$ /л, який на фоні ІТ без трансфузії еритроцитарної маси на 5 день знизився на $17,5\%$ – до $11,8 \pm 3,5 \times 10^9$ /л. Кількість нейтрофілів при цьому за час дослідження контрольної групи знизилась з $82,2 \pm 4,8\%$ до $79,8 \pm 8,2\%$ (зміна на $2,9\%$).

Встановлено, що на протязі інтенсивної терапії абсолютно всі пацієнти (100%) отримували антибіотикотерапію хоча б одним препаратом. При цьому 40% пацієнтів отримували монотерапію одним антибіотиком на протязі всього терміну лікування, 23% отримували 2 антибіотики, 3 антибіотики отримували 34% постраждалих і 3% пацієнтів з МВТ отримували 4 антибіотики за час лікування (в тому числі, які змінювали антибактеріальні засоби по ходу лікування). Також було відмічено, що на етапі КМД найчастіше використовувалися метронідазол (80% пацієнтів) у середній дозі $1,44 \pm 0,16$ грам на добу, меропенем (40% пацієнтів) у середній дозі $2,68 \pm 0,6$ грам на добу, цефтриаксон ($36,7\%$ пацієнтів) у середній дозі 2 грами на добу та ципрофлоксацин ($33,3\%$ пацієнтів) у середній дозі $0,38 \pm 0,07$ грам на добу.

Шкала SOFA вже досить давно і активно використовується анестезіологами та практикуючими лікарями інших спеціальностей для встановлення діагнозу СПОН та прогнозу для життя постраждалого. Проте, щоб достовірно визначити деякі показники стану пацієнта (парціальний тиск кисню в крові, рівень креатиніну, білірубину, тощо) необхідне як високотехнологічне обладнання, так і відповідного рівня спеціалісти, що з'являється лише на подальших рівнях медичного забезпечення. Крім того, це займає певний час, який є критично важливим, особливо на рівні ПМД. Саме тому, в ході власного дослідження виникла ідея розробити власну, спрощену шкалу прогнозу летальності у пацієнтів зі СПОН.

Основні вимоги (критерії) для створення цієї шкали було обрано наступні: простота використання, легкість запам'ятовування, відсутність необхідності спеціального обладнання чи фахівців, швидкість визначення показників та інтерпритації результатів, та, одна з основних вимог – це залежність смертності у пацієнта зі СПОН від конкретного показника стану здоров'я.

Показниками прогностичної шкали було вирішено взяти вміст тромбоцитів в периферійній крові, як один з найпростіших маркерів стану згортальної системи організму, рівень систолічного артеріального тиску як маркер стану серцево-судинної системи. Визначення рівня систолічного АТ не потребує якогось спеціального обладнання, обчислення складних формул, чи особливих навичок медичного фахівця. Крім того таке вимірювання займе менше ніж одну хвилину часу. Третім показником для обчислення прогнозованого

рівню смертності пацієнтів зі СПОН обрано рівень насиченості крові киснем. Також легко проаналізувати навіть на догоспітальному етапі, зручно моніторувати під час евакуації чи надання медичної допомоги тощо. Проте, варто зазначити, що задля достовірності та інформативності отриманих показників, на мою думку важливо брати до уваги лише ті показники сатурації, які було визначено до початку інтенсивної терапії, інфузійної терапії та кисневої підтримки пацієнта.

Щоб підтвердити припущення про вплив обраних показників стану здоров'я на рівень подальшої летальності у пацієнтів зі СПОН було пораховано коефіцієнт кореляції для всіх трьох параметрів (Табл 1.).

Таблиця 1 – Кореляційний зв'язок між різними показниками стану пацієнтів і рівнем смертності пацієнтів

Залежність	Показники стану пацієнтів		
	Рівень тромбоцитів	Систолічний АТ	SpO2
Коефіцієнт кореляції	-0,63	-0,4	-0,59
Сила зв'язку	помітний зворотній	помірний зворотній	помітний зворотній

Статистичний аналіз показав досить сильний (помітний, помірний) зворотній зв'язок, тобто при зниженні кожного параметру стану пацієнта, летальність в майбутньому зростала. Варто зазначити, що найбільшу силу кореляційного зв'язку виявлено саме між рівнем тромбоцитів і рівнем смертності. На мою думку, це пов'язано з тим, цей показник є більш статичним і може змінюватися не так динамічно під впливом проведених лікувальних заходів, на відміну від рівня сатурації крові та рівню систолічного артеріального тиску. Тому, обов'язковою умовою достовірності результатів даної прогностичної шкали є визначення параметрів до проведення лікувальних та стабілізаційних заходів (оксигенотерапія, інфузійна терапія, симпатоміметична підтримка).

За результатами власної роботи зі створення прогностичної шкали летальності у пацієнтів зі СПОН було розроблено таблицю. (Табл. 2), в якій відображено рівні тромбоцитів крові, систолічного артеріального тиску і сатурації крові та відповідну кількість балів (від 0 до 4 за кожним окремим показником) до кожного значення.

Таблиця 2- Шкала прогнозованої летальності пацієнтів зі СПОН на етапі ПМД

Бали				
0	1	2	3	4
Рівень тромбоцитів, 10 ⁹ /л				
Більше 170	170–125	125–105	105–70	Менше 70
Систолічний АТ, мм. рт. ст.				
Більше 110	110–100	100–90	90–80	Менше 80
Сатурація, %				
Більше 97	97–95	95–92	92–88	Менше 88

Інтерпретація проводиться після підрахунку загальної суми балів. Мінімальна оцінка за шкалою дорівнює 0 балів з рівнем летальності менше 5%, максимальна оцінка при цьому складає 12 балів, що відповідає рівню летальності вище 45%. (Табл. 3)

Таблиця 3 - Інтерпретація результатів

Бали	Летальність
0–2	Менше 5 %
3–5	5–15%
6–8	15–25%
9–11	25–45%
12	Більше 45%

Висновки.

1. Проаналізовано дані відкритих наукових джерел вітчизняної та закордонної літератури. Встановлено, що питання найбільш ефективної тактики лікування даної категорії поранених на етапі КМД залишається дискусійним, що диктує необхідність пошуку шляхів оптимізації ІТ СПОН на етапі КМД у постраждалих з МВТ.

2. Встановлено, що наслідки лікування поранених з МВТ і СПОН великою мірою залежать від часу початку та стратегії заходів ІТ, що застосовуються у найгострішому періоді травми. Дотримання сучасних принципів ІТТ дозволяє попередити виникнення патофізіологічних змін, що лежать в основі СПОН. Власне дослідження підтвердило літературні дані про переваги РС ІТТ над ліберальною. У пацієнтів, які отримували ІТТ за РС, зниження рівня креатиніну становило 11,6%, сечовини 17,6%, у той час як у пацієнтів, які отримували інфузійну терапію за ліберальною стратегією зниження становило 4,3% та 6,3% відповідно.

3. Також під час дослідження з'ясовано, що у пацієнтів, які в ході інтенсивної терапії отримували препарати з групи колоїдів (ГЕК) рівень креатиніну за час дослідження в середньому зріс на 1,9%, в той час як у пацієнтів, які таких препаратів не отримували рівень креатиніну сироватки крові впав на 3,7%.

4. Досліджено вплив трансфузії еритроцитарної маси у пацієнтів з наявними критеріями SIRS на динаміку зниження нейтрофілів в ході лікування. Зниження цього показника у пацієнтів, яким проводилася трансфузія становило 0,5% за час дослідження, в той же час як у пацієнтів з ознаками SIRS без переливання еритроцитарної маси, зниження було більш суттєве і склало 2,9%. Також встановлено, що у пацієнтів з SIRS, яким переливалася еритроцитарна маса за час дослідження зниження рівня лейкоцитів становило 9,5%, проти 17,5% у пацієнтів яким не проводилась дана терапія.

5. Встановлено, що практичні підходи ІТ СПОН на етапі КМД у постраждалих з МВТ в більшості ідентичні підходам, описаним в вітчизняних та міжнародних наукових джерелах.

6. Створено власну шкалу прогнозування рівня летальності у пацієнтів зі СПОН, яка може бути використана на початкових етапах медичної допомоги, до моменту проведення стабілізуючих заходів та інтенсивного лікування пацієнта.

Список літератури

1. Гур'єв С. Є., Кравцов Д. І., Ордатій О. В. Принципи медичного сортування постраждалих з мінно-вибуховими ушкодженнями внаслідок сучасних бойових дій // Хірургія України. – 2016. – № 4. - С. 7 - 12.

2. Validation of the Denver Emergency Department Trauma Organ Failure Score to Predict Post-Injury Multiple Organ Failure / Vogel J.A., Newgard C.D., Holmes J.F. et al. // J. Am. Coll Surg. — 2016. — № 222(1). — P. 73-82.

3. Йовенко І. О. та ін. Інтенсивна терапія синдрому поліорганної недостатності при політравмі: місце екстракорпоральної гемокорекції // Медицина неотложных состояний. – 2018. – № 5. – С. 191-195.

4. Duke M. D. et al. Restrictive fluid resuscitation in combination with damage control resuscitation: time for adaptation // Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2012. – Т. 73. – № 3. – С. 674-678.

5. Scheeren T.W.L., Bakker J., De Backer D. et al. Current use of vasopressors in septic shock. Ann. Intensive Care., – 2019 – № 9 (1). – P. 20 - 30. DOI: 10.1186/s13613-019-0498-7

6. Dupuis C., Sonnevile R., Adrie C., Gros A., Darmon M., Bouadma L., Timsit J.F. Impact of transfusion on patients with sepsis admitted in intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. Ann. Intensive Care. 2016;1–13. doi: 10.1186/s13613-016-0226-5.

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФІЧНИХ УМОВ І ХАРАКТЕРУ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛЬОТЧИКІВ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ММО ООН ТА ООС

Кравчук В.В., доцент кафедри авіаційної, морської медицини та психофізіології
Николин Г.С., лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових
лікарів, Українська військово-медична академія,
e-mail: vkravchuk@ukr.net, kawaikamary@gmail.com

Вступ. Умови та характер професійної діяльності льотного складу характеризуються високим психоемоційним навантаженням разом з впливом досить інтенсивних факторів трудового процесу: фізичних (віброакустичні, мікрокліматичні, фактор світлового середовища тощо), фактора напруженості (інтелектуальні, сенсорні, емоційні навантаження тощо) [5]. Мало хто з керівництва держави та медичних фахівців усвідомлюють у повній мірі реальні проблеми та віддалені наслідки, з якими зіткнулися та ще доведеться зіткнутися її учасникам, членам їх сімей, фахівцям медичної та соціальної сфери [7]. Саме недостатня вивченість умов та характеру професійної діяльності комплексно, а також прогнозовані віддалені наслідки їх сукупного негативного впливу на військових льотчиків, яких можна уникнути при достатній обізнаності усіх причетних контингентів є актуальним питанням для вирішення теоретичних і практичних проблем авіаційної сфери діяльності у Збройних силах України.

Мета. Оцінити специфічні умови та характер професійної діяльності військових льотчиків ММО ООН та ООС на основі аналізу впливу різних факторів на організм зазначених контингентів.

Матеріали і методи. Було застосовано наступні методи: спостереження за обстежуваним льотним складом, порівняння різних категорій військових льотчиків, системного аналізу і синтезу, кількісного та якісного аналізу, індукції, дедукції, формалізації, прогнозування, об'єктивності, системно-структурний, психологічні, психофізіологічні, функціонально-діагностичні, а також математичні. Аналіз отриманих даних проводився з допомогою методів варіаційної статистики, з використанням ПК та статистичного пакету Excel.

Обстежено 110 льотчиків цивільної та 363 державної авіації України (112 – надзвукової, 109 – транспортної та 142 – вертолітної авіації).

Результати. За результатами проведення професіографічного дослідження та гігієнічного оцінювання умов і характеру професійної діяльності військових льотчиків, загальна оцінка умов праці усіх категорій військових льотчиків, з урахуванням пп. 3 і 5 розділу III ДСНтаП «Гігієнічна класифікація ...» 2014 року [6] щодо урахування сполучної та комбінованої дії виробничих факторів і здатності до погіршення стану здоров'я та функціонального стан зазначеного контингенту, знаходиться на рівні 3-го класу 4-го ступеня шкідливості факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу.

Встановлено, що згідно пп. 11.1-11.3 розділу II ДСНтаП «Гігієнічна класифікація ...» 2014 року [6], праця військових льотчиків є шкідливою 3-го класу 4-го ступеня, особливо важкою та особливо напруженою 3-го класу 3-го ступеня (для військових льотчиків надзвукової авіації), важкою 3-го класу 2-го ступеня та особливо напруженою 3-го класу 3-го ступеня (для військових льотчиків транспортної та винищувальної авіації) і характеризується цілим комплексом фізіологічно незвичних та шкідливих факторів польоту, що значно перевищують показники допустимих рівнів.

За результатами суб'єктивного оцінювання сучасних умов та характеру професійної діяльності різних категорій військових льотчиків встановлено, що поступове зростання величини та регулярності їх професійного навантаження призводить до рівномірного зростання оцінок суб'єктивного сприйняття рівня його організації та помірному зростанню стомлюваності до кінця польотної зміни. З одного боку це дозволяє підтримувати ПВЯ

зазначеного контингенту на рівні, що не викликає відчуття погіршення стану здоров'я, зниження працездатності під час польотів і попереджує ймовірність формування ознак перевтоми, а з іншого – суттєво підвищує відчуття важкості та напруженості трудового процесу, а також сприяє формуванню відчуття незадоволеності умовами військової служби.

Виявлено, що величина професійного навантаження військових льотчиків надзвукової авіації характеризується значно нижчим його рівнем, у порівнянні з військовими льотчиками транспортної та винищувальної авіації, а умови професійної діяльності зазначеної категорії осіб ЛС сприймаються як більш важкі та напружені, що призводить до розвитку у них підвищеної стомленості в кінці польотної зміни та формування відчуття незадоволеності обраною професією.

Виділено комплекс і подано порівняльну характеристику організаційних, кліматичних, психогенних, соціально та політично зумовлених факторів, а також визначено їх значимість для військових льотчиків ММО ООН та ООС. Для миротворців значимими є кліматичні фактори, значна тривалість відриву від звичного середовища життєдіяльності та загроза для здоров'я пов'язана з можливістю отруїтися чи захворіти тропічними інфекціями, а для військових льотчиків ООС – виражена загроза для життя та здоров'я через ризик загибелі чи поранення.

Встановлено, що клімат в районі аеродрому Робертсфілд (Ліберія) є більш жарким, вологим і менш агресивним щодо метеорологічної чутливості в порівнянні з місцем постійної дислокації авіаційних частин в Україні. Як наслідок, найбільш негативний вплив на організм військових льотчиків ММО ООН мають не стабільно високі показники температури повітря, вони знаходяться у межах сприйняття температурного комфорту, а відсутність звичних для українців перепадів цієї температури протягом доби, а також високі показники вологості повітря та значна кількість опадів у сезон дощів.

Встановлено, що загроза отруєння чи зараження тропічними інфекціями під час проведення ММО ООН, незважаючи на значно більшу її тривалість, є суттєво нижчою та менш значимою, у порівнянні з загрозою бути вбитим чи пораним під час проведення ООС.

Встановлено, що адаптація миротворчого контингенту до специфічних умов професійної діяльності проходить у 2,4 рази довше через наявність кліматичних відмінностей, однак більш успішніше, у порівнянні з військовими льотчиками ООС, через більшу тривалість ММО ООН і наявність менш вираженої вітальної загрози, що обумовлюють кращу сформованість її суб'єктивного сприйняття.

Висновки. Оцінено вплив конкретних умов та характеру професійної діяльності на організм працюючої людини, проведено суб'єктивне оцінювання інтенсивності дії окремих факторів. Оцінено важливість необхідності урахування можливості виникнення специфічних умов і характеру їх професійної діяльності у разі залучення зазначеного контингенту до проведення ММО ООН та ООС. Оцінено значимість окремих факторів для різних контингентів військових льотчиків, які виконують свої обов'язки в місцях проведення ММО ООН та ООС. Удосконалено заходи медичного забезпечення польотів в умовах проведення ММО ООН та ООС.

Список літератури.

1. Karin Vitzthum, Stefanie Mache, Ricarda Joachim, David Quarcoo, David A. Groneberg. Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2009. – № 4.
2. McMillan GH. Strategic planning for military occupational health care. *Military Medicine*. 2005. V. 170. № 9. P. 48-55.
3. Алещенко В.І. Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України. Монографія. Харків. ХУПС. 2008. 238 с.
4. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. К. 2006. 558 с.

5. Бодров В.А.. Психологія професійної придатності. Навчальний посібник для вузів - М.. ПЕР СЕ - 511 с - (Сучасна освіта)., 2001
6. Державні санітарні норми та правила «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України № 248 від 08.04.2014 року, зареєстровані в міністерстві юстиції України 6 травня 2014 року №472/25249.
7. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організація засадико-психологічної реабілітації учасників терористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014 рік; 1(5): 5-16 [укр.]
8. Кальниш В.В., Щепанков С.М. Оцінка рівня стресу у військовослужбовців, які проходять службу в миротворчому контингенті на африканському континенті. Медичний форум. 2018. № 13. С. 99-102.
9. Кальниш В.В., Щепанков С.М., Пашковський С.М. Психофізіологічні характеристики функціонального стану льотного складу, що брали участь у миротворчій місії на африканському континенті. Фізіологічний журнал. 2017. № 6. С. 31-38.
10. Наказ Міністерства оборони України від 30 вересня 2015 року № 519 «Про затвердження Правил медичного забезпечення польотів державної авіації України».
11. Пономаренко В.А., Лапа В.В. Профессия – летчик: психологические аспекты. М.: Воениздат, 1985. 135 с.
12. Щепанков С. М. Динаміка психофізіологічних станів військовослужбовців авіаційних підрозділів миротворчого контингенту під час проходження військової служби в країнах африканського континенту [Розширений автореферат кандидатської дисертації]. Київ: ДУ Інститут медицини практик імені Й.І. Кундієва НАМНУ України; 2019:24.[Українською]
13. Щепанков С.М. Характеристика важкості та напруженості праці авіаційних фахівців миротворчого контингенту. Військова медицина України. 2016. Т. 16. № 2. С. 102-108.
14. Яцик О.К. Особливості старіння психофізіологічних функцій людини. Особливості формування та становлення психофізіологічних функцій в онтогенезі: Матеріали симпозиуму. Київ-Черкаси: Вид-во ЧДУ, 2003. С. 117.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.

Омельян Микита Андрійович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Коваль Сергій Борисович- працівник ЗСУ, доцент кафедри ЛЗП-СМ, д.мед.н, Українська військово-медична академія

23.s10t@gmail.com

Актуальність - проблеми зі здоров'ям хребта є досить поширеними у військовослужбовців. Військова служба вимагає від людей фізичної активності, включаючи носіння важкого обладнання та екіпірування, тривале статичне напруження та ходіння, що може призводити до розвитку різноманітних захворювань хребта, зокрема вертеброгенного больового синдрому попереково-крижового відділу хребта. Дослідження, спрямовані на розроблення ефективних методів консервативного лікування цього захворювання у військовослужбовців, є важливими для забезпечення здоров'я та працездатності військовослужбовців та для підвищення їхньої ефективності у виконанні завдань військової служби.

Мета дослідження - Оцінка ефективності консервативного лікування больового синдрому при вертеброгенних попереково-крижових ураженнях хребта у військовослужбовців в військово-медичних закладах Міністерства оборони та обґрунтувати можливі шляхи його покращення.

Матеріали та методи дослідження - здійснено опитування 57 військовослужбовців з гострим та хронічним вертеброгенним больовим синдромом, що проходили лікування в відділенні неврології клініки неврології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військово-медичний госпіталь» в період 2022-2023 року. Кожний пацієнт був опитаний за вербальною ранговою шкалою оцінки болю від 0 до 100 балів до лікування та 7 день лікування. Пацієнти були розподілені на 4 групи: I група - отримували комплексне лікування + Прегабалін (антиконвульсанти); II група - отримували комплексне лікування + Тизанідин (центральні міорелаксанти); III група - отримували комплексне лікування + Прегабалін + Тизанідин; IV група - отримували тільки комплексне лікування (єдиний анальгетик був НПЗП). Окрім цього, для дослідження ефективності самостійної лікувальної фізкультури у зменшенні рецидиву хронічного вертеброгенного больового синдрому пацієнти були розподілені на 2 групи: I група - пацієнти з хронічним вертеброгенним больовим синдромом, що періодично займаються індивідуальною фізкультурою, відвідують процедури мануальної терапії (масаж) або займаються у басейні; II група – пацієнти з хронічним вертеброгенним больовим синдромом, що не займаються ніяким ЛФК.

Результати дослідження та їх обговорення - найефективнішою схемою медикаментозного лікування група III - зниження за шкалою болю через 7 днів в середньому за такого лікування було 77 ± 9 балів ($p \leq 0.05$). Найменш ефективною схемою медикаментозного лікування була група IV, що в середньому знижувала за шкалою болю на 40 балів через 7 днів лікування ($p \leq 0.05$). Приблизно однакову ефективність продемонстрували схеми з групи I і II, відповідно в середньому за 7 днів лікування знижували на 68 ± 9 та 52 ± 6 балів відповідно ($p \leq 0.05$). Окрім цього проведена оцінка ефективності самостійної постійної лікувальної фізкультури на ймовірність виникнення рецидиву хронічного вертеброгенного больового синдрому протягом року: 42,1% пацієнтів не займалися ЛФК, що призводило до ймовірності виникнення рецидиву у $79.2 \pm 17.1\%$ ($p \leq 0.05$); 33,3% пацієнтів займалися ЛФК, що призводило до ймовірності виникнення рецидиву у $36.8 \pm 23.2\%$ ($p \leq 0.05$); 24,6% пацієнтів зверталися з гостро виниклим вертеброгенним больовим синдромом тому оцінка впливу ЛФК для них не проводилась.

Висновки - доведена ефективність комплексного консервативного лікування больового синдрому при вертеброгенних попереково-крижових ураженнях хребта у військовослужбовців в НВМКЦ «ГВКГ» та визначено частоту призначення окремих груп препаратів. Оцінено ефективність окремих груп препаратів в схемах медикаментозного лікування вертеброгенного больового синдрому попереково-крижового відділу хребта. Визначено позитивний вплив ЛФК на зменшення вірогідності однорічного рецидиву больового синдрому при вертеброгенних попереково-крижових ураженнях хребта у військовослужбовців.

ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ГОНАРТРОЗУ

Теплюк Ангеліна Олександрівна лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Гаврецький Анатолій Іванович, к.мед.н., доцент кафедри загальної практики- сімейної медицини, Українська військово-медична академія, angelina05tepl@gmail.com

Вступ. Гонартроз є актуальною причиною втрати боєздатності військовослужбовцями та в подальшому обмежує можливості виконання професійних обов'язків, що має особливе значення в умовах воєнного часу. Остеоартроз колінних суглобів схильний до прогресування та потребує тривалої терапії з використанням різних методик лікування. За відсутності своєчасної діагностики та лікування гонартроз призводить до інвалідизації та непридатності військовослужбовця до подальшої служби. Раніше остеоартроз розглядався як дегенеративне захворювання, яке уражає переважно осіб похилого віку, але на сьогодні

визнано, що у патогенезі гонартрозу приймають участь такі патогенетичні чинники, як травма, метаболічні порушення, що значно змінило вікову структуру захворюваності.

Мета. Вивчення етіопатогенетичних та клінічних особливостей гонартрозу у військовослужбовців в 2022-2023 роках.

Матеріали і методи. При дослідженні нами опрацьована спеціальна науково-медична література, оброблено історії хвороб 51 військовослужбовця з гонартрозом I-IV рентгенологічної стадії за Келлгреном — Лоуренсом, 1957, які знаходились на стаціонарному лікуванні одного з закладів охорони здоров'я Збройних Сил України в 2022-2023 роках та використані наступні методи: метод клінічного спостереження, рентгенологічний метод, метод ультразвукової діагностики, аналітичний метод, метод статистичного аналізу.

Результати. Було проведено аналіз історій хвороб 51 військовослужбовця з гонартрозом I-IV рентгенологічної стадії за Келлгреном — Лоуренсом, 1957 віком від 24 до 70 років за 2022-2023 рік . Проведене дослідження дозволило встановити, що 45% пацієтів з гонартрозом I-III рентгенологічної стадії за Келлгреном — Лоуренсом віком менше 40 років, що спростовує звичне уявлення етіопатогенезу остеоартрозу колінних суглобів серед військовослужбовців як вікової інволюції суглобного хряща. Серед обстежених пацієнтів з гонартрозом первинний гонартроз виявлено у 14 пацієнтів (27%), вторинний внаслідок травми – 37 осіб (73%).

Військова служба пов'язана з впливом на колінні суглоби таких механічних чинників, як надмірні фізичні навантаження у нефізіологічних положеннях за впливу несприятливих погодніх умов, часті мікро- та мікротравми суглобових м'яких тканин з розвитком нестабільності, дія локальної та загальної вібрації. Серед військовослужбовців з діагнозом гонартроз I-IV рентгенологічної стадії за Келлгреном — Лоуренсом, 1957 більшість займає такі посади, як стрілець, навідник, бойовий медик, водій. Ці категорії підлягають впливу несприятливих механічних чинників, що значно підвищує ризик розвитку гонартрозу.

Згинання колінних суглобів при перебуванні в положенні напівприсядки, стоянні на одному коліні або навколішки часто за вологої, холодної погоди у важкому обмундируванні стрільцями, навідниками, перетягування та оглядання бойовими медиками поранених у незручних положеннях, дія вібрації на водіїв призводить до хронічної травматизації суглобового хряща колінних суглобів. Гострі травми менісків та зв'язок, обумовлені вогнепальними пораненнями та надмірними фізичними навантаженнями при нефізіологічному положенні колінних суглобів, порушують біомеханіку та розподілення механічного навантаження на суглоб, що у результаті призводить до його деструкції та розвитку дегенеративно-дистрофічного процесу[1,2].

Хронічне пошкодження суглобового хряща при дії механічних чинників, вібрації та порушенні анатомічної вісі суглоба при нестабільності призводить до вивільнення з хондроцитів ферментів, що руйнують позаклітинний матрикс[4,5]. Вивільнення молекул протеогліканів, колагену, що мають на своїй поверхні антигени індукують утворення антитіл, які сприяють прогресуванню запального процесу. Хондроцити в умовах нефізіологічного механічного навантаження не отримують достатньо поживних речовин і з часом катаболічні процеси починають переважати над анаболічними і запальний процес набуває дегенеративно-дистрофічного характеру. Деструкція суглобового хряща переважає над оновленням і починає поширюватися на інші тканини колінного суглоба, зумовлюючи клінічну маніфестацію гонартрозу [3].

Переважній частині пацієнтів з посттравматичним остеоартрозом колінних суглобів було проведено оперативне втручання – артроскопію з подальшим тривалим реабілітаційним лікуванням, що обумовило втрату боєздатності на значний термін. Військовослужбовці з гонартрозом скаржаться на біль, що обмежує рухи у колінному суглобі, часто неможливість опори на уражену кінцівку. Більшість відмічає погіршення скарг при виконанні службових обов'язків та пов'язує зі значним фізичним навантаженням, що змушує їх періодично звертатися за медичною допомогою та проходити стаціонарне лікування.

Висновки. Особливі умови військової служби вплинули на вікову структуру захворюваності на остеоартроз колінного суглобу серед військовослужбовців: характерна значна поширеність даного захворювання в осіб молодого віку. Основними етіологічними факторами гонартрозу є гострі та хронічні травми колінного суглобу. Подальше вивчення закономірностей розвитку та перебігу остеоартрозу колінного суглобу у військовослужбовців є актуальним для розробки профілактичних заходів з метою попередження втрати боєздатності, особливо в умовах воєнного часу.

Література

1. Бур'янов О.А., Голка Г.Г., Климовицький В.Г. Травматологія та ортопедія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. - Вінниця : Нова книга, 2019.- 430 с.
2. Можина Т. Регенерація суглобового хряща: огляд останніх досліджень. 2020. 17 (486). с. 27-29.
3. Ткачук П.В., Страфун С.С. Дослідження впливу клітинних технологій на розвиток остеоартрозу колінного суглоба в експерименті. 2019. №5.с.20-27.
- 4 . Ткачук П.В., Страфун С.С. Морфологічна оцінка структурних змін колінного суглобу при експериментальному остеоартрозі та застосуванні аутологічного аспірату кісткового мозку. 2019. №4. с.95-99
5. Ткачук П.В., Страфун С.С., Савосько С.І., Макаренко О.М. Структурні порушення колінного суглоба при моделюванні остеоартрозу. 2019. №1. с.73-77

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЕЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Хомончак Андрій Іларіонович., лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія;

E-mail: homonchak1996@gmail.com

Вступ Захворювання органів травлення займають чільне місце в структурі захворюваності внутрішніх органів у військовослужбовців, як в умовах мирного часу, так і в особливому періоді. Ендоскопічне дослідження верхніх відділів травного тракту на сьогодні відноситься до рутинних методів оцінки стану слизових оболонок стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки [1]. Важливим фактором підвищення діагностичної цінності дослідження є якість підготовки пацієнта. Нерідко причиною поганої візуалізації виступає саме недостатньо якісна підготовка до дослідження. Порушення в підготовці і, як наслідок, недостатня якість дослідження можуть призводити до серйозних діагностичних помилок [2]. Саме це визначає необхідність ретельної підготовки пацієнта для забезпечення кращої візуалізації. Усі можливості ендоскопічного дослідження можна використати лише при наявності чистих слизових оболонок, вільних від залишків їжі, слизових нашарувань та пінистого вмісту [3].

Мета дослідження Визначити основні критерії призначення езофагогастроуденоскопії (ЕФГДС) хворим військовослужбовцям на догоспітальному етапі, обґрунтувати необхідність та порядок проведення підготовки пацієнта до дослідження для підвищення діагностичної цінності процедури.

Методи дослідження: Проведено анкетування 90 військовослужбовців, яким було призначено ЕФГДС лікарем загальної практики та лікарів-ендоскопістів, які проводили дослідження на базі ВМКЦ ЦР у 2023 році.

Результати дослідження : Встановлено, що військовослужбовцям, яким призначали та виконали ендоскопічне дослідження верхніх відділів травного тракту повністю проінформовані лікарями загальної практики щодо необхідності та порядку якісної підготовки було 17,4% пацієнтів. Така кількість пацієнтів отримавши в повній мірі

інформацію про необхідність дотримання дієти, прийому ліків, інструкцій прийому засобів для очищення кишечника, поведінкових рекомендацій перед проведенням ЕФГДС. З певними порушеннями та недостатньою інформованістю, було виявлено 72.8% пацієнтів. Також, нами було виявлено, що жодної інформації щодо якості підготовки до ЕФГДС не отримували 9.8% пацієнтів. Вивчивши наскільки комфортно себе почували пацієнти, готуючись до ЕФГДС, ми встановили, що 24% пацієнтів почували себе абсолютно комфортно та з легкістю виконували призначення лікарів. Частково комфортно 46.8% пацієнтів. 48.2% пацієнтів стверджували, що почували себе некомфортно та виникало багато труднощів щодо підготовки до ЕФГДС.

Висновки: Наше дослідження показало, що лікарі загальної практики недостатньо інформують пацієнтів щодо підготовки до ЕФГДС. Підвищення інформованості і дотримання рекомендацій допоможе забезпечити більш ефективну підготовку пацієнтів та знизити ризик недостатньої візуалізації під час ЕФГДС. Якість підготовки пацієнтів має вплив на тривалість та складність проведення процедури ЕФГДС. Враховуючи велику кількість пацієнтів з захворюваннями верхніх відділів ШКТ та значне навантаження на ендоскопічні кабінети, подовження тривалості кожної з процедур може певною мірою впливати на якість роботи ендоскопічної служби лікувального закладу. Що в свою чергу, має вплив на своєчасність діагностики та призначення лікування військовослужбовцям.

Список літератури:

1. Сучасні методи дослідження в гастроентерології : навч. посіб. / уклад.: Ю. М. Степанов, С. В. Косинська, І. Я. Будзак [та ін.]. - Київ : Заславский О.Ю., 2019. – 12-22 с.
2. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, Areia M, Leja M, Esposito G, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. *Endoscopy*. 2019;51(4): 365-88. DOI: 10.1055/a-0859-1883.
3. Faigel D.O., Cotton P.B. London OMED Guidelines for Credentialing and Quality Assurance in Digestive Endoscopy / *Endoscopy*. – 2009. Vol.41: P. 1069-1074.
4. Внутрішня медицина. Підручник / Амосова К.М., Бабак О.Я., Зайцева В.М. та ін. / За ред. професора К.М. Амосова. – К.: Медицина, 2008. – Т. 1.
5. <http://traumadissociation.com/pcl5-ptsd> PCL-5, © Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P.
6. The demographic and behavioural profile of women with cervicitis infected with *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* and the comparison of two medical regimens [Text] / M. A. Guven, I. Gunyeli, M. Dogan [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2005. – Vol. 272 (3). – P. 197-200.

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ З АНЕМІЯМИ

Смаль Анатолій Панасович, викладач кафедри ВЗП-СМ, працівник ЗСУ **Святенко Юрій Юрійович** лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Українська військово-медична академія;

E-mail: homonchak1996@gmail.com sviatenkoyura@ukr.net

Вступ. Згідно даних Державної служби статистики України за період до 2018 року захворювання крові складала 0,61% (390‰)[1] від усіх вперше зареєстрованих захворювань. За статевою ознакою переважає захворюваність серед осіб жіночого контингенту (62,5%). Серед вікових груп переважають особи до 14-річного віку[1]. У структурі захворювань крові домінуюча роль належить анеміям. Анемія здавна є глобальною проблемою громадського здоров'я, яка впливає як на країни, що розвиваються, так і на розвинені країни. Вона відома як негативний фактор прогнозу серцево-судинних захворювань і сильний провісник смерті[3].

В умовах повномасштабної російсько-Української війни кількість хворих анемічного профілю невпинно та суттєво зростатиме. Це відбуватиметься за рахунок того, що в умовах ведення війни виникають різноманітні поранення та ушкодження військовослужбовців та цивільного населення. Всі вони, здебільшого, супроводжуються кровотечами та як наслідок постгеморагічними анеміями[2]. Ще однією складовою ведення війни є, нажаль, неадекватне забезпечення продуктами харчування та відповідними медикаментами військовослужбовців, а особливо цивільного населення. Дефіцит основних продуктів харчування може спричинювати аліментарні анемії (залізодефіцитна, В₁₂-, фолієводефіцитна). Особливо можна відмітити осіб котрі перебувають на тимчасово окупованих територіях та осіб, що знаходяться в полоні. За відсутності адекватної діагностики та своєчасного лікування ці патологічні стани прогресуватимуть і впливатимуть на загальну коморбідність, в тому числі і захворювання серцево-судинної системи[2].

Мета. З'ясувати наявність електрокардіографічних змін у хворих із залізодефіцитними, В₁₂, фолієводефіцитними, гострими постгеморагічними анеміями, латентним дефіцитом заліза без анемії.

Матеріали та методи. На базі Національного військово-медичного клінічного центру (НВМКЦ) «ГВКГ» та КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова» за час проходження щорічної лікарської практики у період 2021-го та 2022-го років проведено аналіз 77 історій хворіб із результатами обстеження та лікування. До огляду допускалися історії хворіб із встановленим кінцевим діагнозом D50, D51, D52, D62 згідно МКХ 10 перегляду та наявними ЕКГ дослідженнями. Хворі були розділені за категоріями згідно наявного діагнозу, за статтю, за віком, за результатами загального аналізу крові та даних спеціальних показників крові (феритин, ціанокобаламін, фолієва кислота) – на основі яких були створені тематичні картки хворих. Дані тематичних карток хворих заносились та опрацьовувались у таблиці Microsoft Excel 2021. Всі хворі незалежно від виду анемії були поділені на 4 групи за показником гемоглобіну, а також хворі із залізодефіцитною анемією та хворі з латентним дефіцитом заліза без анемії були поділені на 3 групи в залежності від показника сироваткового феритину (1-ша група: > 25 мкг/мл, 2-га – 25-15 мкг/мл, 3-тя - < 15 мкг/мл). Зважаючи на недостатню кількість досліджуваних даних окремо по фолієводефіцитною анемії та В₁₂-дефіцитної анемії та подібний патогенетичний механізм утворення було прийнято рішення об'єднати їх в одну категорію хворих. З метою мінімізації впливу факторів, що так чи інакше могли впливати на показники електрокардіограми, до кінцевого аналізу не допускалися історії хворіб хворих, що мають в анамнезі серцево-судинні захворювання, електролітні порушення крові, прийом лікарських препаратів, що мають доведений вплив на показники ЕКГ.

Оцінювання показників ЕКГ проводилось за загальноприйнятою схемою. Вимірювання показників проводилось в ручному режимі та за допомогою кардіологічної лінійки. Оцінювався розширений аналіз крові (показники гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, MCV, MCH, MCHC). З даних лабораторних показників аналізувались: рівень сироваткового феритину при наявності залізодефіциту без наявності анемії (латентна стадія дефіциту заліза) та при залізодефіцитній анемії. Показники трансферину та % його насичення залізом, що також входить до методів оцінки залізодефіциту, не враховувався у зв'язку з його відсутністю в історіях хворіб. Одиниця виміру сироваткового феритину – мікрограм на мілілітр. При аналізі мегалобласних анемії оцінювались показники ціанокобаламіну сироватки крові та рівня фолієвої кислоти. Одиниці вимірювання – пікомоль на літр та нанограм на мілілітр відповідно.

Статистичну обробку даних проводили з використанням методів варіаційної та описової статистики за допомогою стандартного пакету статистичного розрахунку Statistica 12.0 StatSoft та Microsoft Excel 2021. Було використано описову статистику, критерій Хі-квадрат Пірсона та критерій Краскела-Уолліса.

Результати досліджень. Загалом було проаналізовано 65 історій хворіб хворих з анеміями (залізодефіцитна, В₁₂, фолієводефіцитна, гостра постгеморагічна анемія) та 12

хворих з латентним дефіцитом заліза без ознак анемії. Серед досліджуваних осіб з анеміями були 27 жінок та 38 чоловіків віком 22-61 роки. Середній вік досліджуваних становить $40,4 \pm 1,38$ роки.

Перша група (n=22) досліджуваних хворих мали показники гемоглобіну в межах 110-90 г/л ($99,27 \pm 2,31$). В даній групі досліджуваних хворих спостерігалась синусова тахікардія у 3 хворих (13,64%), (p<0,05). Були виявлено зміни з боку зубця Т (зменшення його амплітуди в стандартних відведеннях) у 1-го хворого (4,55%), (p<0,05). Патологічних змін сегмента ST не спостерігалось.

У другій групі (n= 28) показник гемоглобіну був в межах 90-70 г/л ($79,58 \pm 1,14$ г/л). Кількість хворих у яких спостерігалась синусова тахікардія становив 15 (53,57%), (p< 0,05). Виявлено депресію сегмента ST до 3 мм у V4-V6 у 1-го хворого (3,57%), (p< 0,001), та зменшення амплітуди зубця Т у грудних відведеннях у 11 хворих ($39,29\%$), (p<0,05).

Третя група (n=18): показник гемоглобіну в межах 70-50 г/л ($64,15 \pm 1,11$ г/л). Зафіксовано синусова тахікардія у 10 хворих (83,33%), (p< 0,05), депресію сегмента ST до 3 мм у V4-V6 у 2-х хворих (16,67%), (p< 0,001) та зміни амплітуди зубця Т у 7 хворих (58,33%), (p<0,05).

Четверта група (n=3): показники гемоглобіну ≤ 50 г/л ($47,6 \pm 1,6$ г/л). Спостерігались зміни: синусова тахікардія у 2-хворих (66,67%), (p< 0,05), депресія сегмента ST до 3 мм у V3-V4 у 1-го хворого (33,33%), (p<0,001), елевация ST у III, aVF, V4-V6 (STEMI) в 1-го хворого (33,33%), (p>0,05) та зміни Т у 33,33% хворих (p<0,05). Отримані результати наведенні в *табл. 1*.

В досліджуваних хворих встановлено кореляційний зв'язок між показником гемоглобіну та змінами ЧСС ($r = -0.684$, p<0.05).

Таблиця 1 ЕКГ зміни у різних групах хворих за рівнем гемоглобіну

		ЕКГ зміни									
		Тахікардія		Зміни ST (депресія)		ГЛШ		Зміни Т		Порушення провідності	
Групи	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Легка	22	3	13,64	0	0	0	0	1	4,55	1	4,55
Середньої важкості	28	15	53,57	1	3,57	5	17,86	11	39,29	0	0
Важка	12	10	83,33	2	16,67	4	33,33	7	58,33	1	8,33
Вкрай важка	3	2	66,67	1	33,33	1	33,33	1	33,33	1	33,33
X ² тест		5,06		22,32		0,31		6,04		0,25	
P(α)		<0.05		<0.001		0,57		<0.05		0,61	

Категорія хворих з постгеморагічною анемією (n=20): середній вік хворих становив $38,8 \pm 2,28$ роки. За гендерною ознакою 15 осіб чоловічої статі та 5 осіб жіночої. Досліджувані хворі були поділенні на 3 групи за ступенем важкості анемії враховуючи показник гемоглобіну. Перша група хворих (n=6): показник гемоглобіну був в межах 110-90 г/л ($Me = 98.5(10.0)$ г/л), Me показника еритроцитів $3,4(0,2)$ Т/л. Друга група хворих (n=9): Me показника гемоглобіну складає $79,5(6,0)$ г/л, Me показника еритроцитів $2,85(0,51)$ Т/л. Третя група (n=5): Me показника гемоглобіну та еритроцитів $63,5(15,8)$ г/л та $2,0(0,5)$ Т/л відповідно (див. додаток Г). В досліджуваних групах спостерігалось наростання частоти виникнення синусової тахікардії з прогресуванням важкості анемії (p<0.05). Патологічних змін показників інтервалу QT та QTc не спостерігалось, що раніше було описано в літературі. У 3 групі хворих з важкою анемією (показник гемоглобіну 46 г/л, еритроцити 1,7 Т/л) зафіксовано випадок ГІМ (STEMI) верхівкового-бічної ділянки з рівнем високочутливого тропоніну I $83,1$ пк/мл (p>0.05) та синусової брадикардії на його фоні. Характерних закономірних змін ЕКГ для окремої із статей не виявлено. Відмінних змін від загальної категорії хворих з анеміями не спостерігалось.

Категорія хворих з В₁₂-,фолієводефіцитною анемією (n=17): до обстежуваної групи хворих входило 17 осіб (10 осіб чоловічої статі та 7 осіб жіночої). Всі хворі були розділені на 3 групи за ступенем важкості в залежності від показника гемоглобіну. Перша група хворих (n=3): *Me* показника гемоглобіну становить 95(10) г/л, еритроцитів 2,78(0,74) Т/л, MCV 115(16)фл, *Me* показника ціанокобаламіну 82,63(410) пмоль/л, *Me* показника фолієвої кислоти сироватки крові 9,07(6,04) нг/мл. Друга група (n=10): *Me* показника гемоглобіну становить 78(12) г/л, еритроцитів 2,09(0,31) Т/л, MCV 114,5(14) фл, *Me* показника ціанокобаламіну 90,15(35,4) пмоль/л, *Me* показника фолієвої кислоти сироватки крові 1,51(7,1) нг/мл. Третя група хворих (n=4): *Me* показника гемоглобіну становив 61(6,0) г/л, еритроцитів 1,52(0,23) Т/л, MCV 120(21,5) фл, *Me* показника ціанокобаламіну 45,76(171,5) пмоль/л, *Me* показника фолієвої кислоти сироватки крові 5,2(5,5) нг/мл. Серед досліджуваних груп спостерігається прогресивне збільшення частоти наростання виникнення синусової тахікардії та медіани значення ЧСС: 1-ша група – 71(12) уд/хв, друга - 88(21) уд/хв, третя - 119(18,5) уд/хв (p<0.05). Дані зміни пов'язані з прогресивним зменшенням рівня гемоглобіну, де існує кореляційний зв'язок описаний вище.

Категорія хворих з латентним залізодефіцитом без ознак анемії (n=12): опрацьовано 12 історії хворіб хворих з латентним дефіцитом заліза без ознак анемії. При аналізі враховувались зміни ЕКГ та показники феритину сироватки крові. Показники гемосидерину та % насичення гемосидерину залізом не враховувались. Серед оглянутих хворих основна частина хворих складала особи жіночої статі (69,2%). Всі обстежувані були поділені на 3 дослідні групи за показником сироваткового феритину(1-ша > 25 мкг/мл (*Me* =29,0(2)мкг/мл), 2-га - 15-25 мкг/мл (*Me* =21,0(3) мкг/мл) та 3-тя група <15 мкг/мл (*Me* =12,0(3) мкг/мл). У досліджуваних група спостерігається прогресивне збільшення тривалості показника T(p-e) та відношення T(p-e)/QT, T(p-e)/ QTc. У першій групі хворих показники становили: *Me* T(p-e) = 50(10) мс. ; *Me* T(p-e)/QT =0,131(0,041); *Me* T(p-e)/ QTc =0,122(0,046). Спостерігається подовження *Me* показників T(p-e) у другій та третій групах 60(20)мс., 70(10)мс. відповідно(p<0.05). Та ,також, подовження співвідношення T(p-e)/QT, T(p-e)/ QTc (p<0,05).

Категорія хворих з залізодефіцитною анемією(n=27): опрацьовано 27 історій хворіб з кінцевим діагнозом залізодефіцитна анемія (13 чоловіків та 14 жінок). Середній вік обстежуваних становить 39±2,12 роки. Всі хворі були поділені на 3 групи за показником гемоглобіну. До першої групи хворих ввійшли 13 осіб (6 чоловіків та 7 жінок), до другої 9 осіб (6 та 3 відповідно), до третьої 5 осіб (1/5). Отримано результати: частота виникнення синусової тахікардії та сер. показник ЧСС прогресивно зростає починаючи з другої групи (гемоглобін < 90 г/л), (p< 0.05). Також спостерігаються зміни тривалості T(p-e) та відношення T(p-e)/QT, T(p-e)/QTc. Відбувається збільшення їх тривалості з прогресуванням анемії. Характерних змін для окремої із статей не виявлено.

У всіх хворих в незалежності від виду анемії спостерігалась наростання частоти виникнення синусової тахікардії та медіани показника ЧСС з прогресуванням важкості анемії. Зафіксовані зміни з боку сегмента ST у вигляді його депресії були представлені загалом за рахунок гострої постгеморагічної анемії при зменшенні показника гемоглобіну <70 г/л. Дані зміни можуть бути пов'язані зі швидкістю її виникнення в порівнянні з іншими видами анемії та відповідно швидкістю адаптації міокарда до змін. Зміни зубця T, а саме наростання T(p-e), спостерігаються лише у хворих з латентним дефіцитом заліза та з тенденцію до продовження у хворих з залізодефіцитною анемією. Для більш точної оцінки змін використовувались співвідношення T(p-e)/QT, T(p-e)/ QTc, що дає можливість оцінити значення даного показника(T(p-e)) у загальні тривалості електричної систоли та діастоли серця. Співвідношення T(p-e)/QT, T(p-e)/ QTc також прогнозовано збільшується. Дані зміни можуть вказувати на вплив заліза на процеси реполяризації кінцевих відділів міокарда. Прогресивне подовження часу реполяризації в свою чергу може призводити до виникнення аритмогенних порушень міокарда, зокрема і фатальних. Дані зміни потребують подальшого дослідження.

Висновки. Анемії досі залишаються глобальною проблемою громадського здоров'я світу та України. Незважаючи на стрімкий розвиток лабораторної діагностики анемії та постійне удосконалення підходів в її лікуванні, вони все ж залишаються актуальною проблемою медицини. Особливо як коморбідне захворювання з іншими хворобами. Вже здавна відомо, що анемія та анемічний синдром є негативний предиктор перебігу захворювань хірургічного, неврологічного та терапевтичного профілю. Можна відмітити негативний вплив на перебіг серцево-судинної патології. Особливу увагу звертає на себе вплив анемії на перебіг хронічної та гострої серцевої недостатності. Тому починаючи з 2016 року в щорічних рекомендаціях Європейської асоціації кардіологів є розділ присвячений анемії. В рекомендаціях "2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure" наводяться встановлення методів рутинної діагностики залізодефіцитної анемії у хворих з хронічною серцевою недостатністю та рекомендації по її лікуванні у даного контингенту хворих. Також є безліч публікацій вітчизняних лікарів про вплив залізодефіцитних станів на перебіг хворих з ХСН з збереженою та зниженою фракцією викиду. Даними дослідженнями займаються лікарі з Інституту кардіології імені М.Д Стражеска. Тому, незважаючи на наявний науковий прогрес у дослідженнях анемії, у методиках їх діагностики та впроваджених практиках їх лікування, є достатній обсяг запропонованих в подальшому досліджень.

Список літератури

1. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: стат. збірник./ під заг. ред. О.О. Кармазіна. Київ: Державна служба статистики України, 2018. 109 с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
2. Гуцаленко О.О. Гематологія. Навчальний посібник.—Полтава.: Верстка, 2012. — 696 с., іл. 32 с.
3. M.Metra, V. Zacà, G. Parati, P.e Agostoni, M. Bonadies, M. Ciccone, A. D. Cas, M.Iacoviello, R. Lagioia, C. Lombardi. Cardiovascular and noncardio-vascular comorbidities in patients with chronic heart failure. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2011. doi: 10.2459/JCM.0b013e32834058d1

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ТА В УЧАСНИКІВ АТО(ООС ЗА ПЕРІОД 2014-2020 РР.

Сабадир Іван Володимирович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів Українська військово-медична академія;
E-mail: nchak14@gmail.com

Вступ. Туберкульоз — чи не найстигматизованіша хвороба, поряд з ВІЛ та ганебними «букетами». Хвороба маргіналізованих шарів, що не викликає нічого, крім зневаги. Попри стереотипне сприйняття образу туберкульозного хворого, історія показує, що поширенню хвороби значно сприяли й військові конфлікти. Ще до відкриття мікобактерії туберкульозу армійські лікарі доповідали, що приблизно половина солдатів, які померли від різних причин, були хворі на туберкульоз. Через кілька років після відкриття збудника туберкульозу та поширення методів лабораторної діагностики, у 1891 році, військові лікарі діагностували інфекцію у 2% солдатів, а серед померлих військових 37% загинули від туберкульозу [4].

Однією з основних причин та умов неблагополучної ситуації щодо туберкульозу є виражений соціальний характер захворювання, тому боротьба з туберкульозом є найважливішим медичним та соціальним завданням. Поширеність захворювання на різних соціальних групах вкрай неоднорідна. В даний час туберкульоз зосереджений, головним чином, у певних групах населення, які мають фактори підвищеного ризику. Концепція національної програми протитуберкульозної допомоги передбачає пріоритетність роботи з категоріями населення, які мають підвищений ризик захворювання на туберкульоз, зумовлений впливом факторів біологічного та соціального характеру. При цьому

передбачається підвищення ролі протитуберкульозних установ в організації та контролі якості обстеження, превентивного лікування осіб із цих груп населення [3].

Співробітники органів внутрішніх справ за обов'язком служби постійно контактують з особами з груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз. В умовах військового стану необхідно наукове вивчення епідемічної ситуації з туберкульозу в Збройних силах України та учасників АТО/ООС із аналізом якості протитуберкульозної роботи [1].

Крім цього, учасники АТО, які захворіли на туберкульоз і невчасно виявлені, можуть сприяти зараженню значної кількості оточуючих осіб, оскільки вони за обов'язком служби спілкуються з великою кількістю населення. У зв'язку з цим існує необхідність впровадження та вдосконалення науково обґрунтованої комплексної системи протитуберкульозної роботи, що включає профілактику туберкульозу, виявлення та лікування хворих з активною участю протитуберкульозних установ, фтизіатрів, лікарів загальної лікувальної мережі та інших медичних підрозділів [2].

Мета. Дослідження епідеміологічної ситуації з туберкульозом в Збройних Силах України та в учасників АТО\ООС за період 2014-2020 рр.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження були чинні нормативно-правові акти та керівні документи щодо організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, матеріали науково-практичних конференцій, зборів керівного складу медичної служби, наукові публікації за темою, оперативна статистична інформація. У роботі використано аналіз спеціальної науково-методичної літератури, нормативно-правових документів, науковий аналіз основних понять дослідження, моніторинг, системний, ситуаційно-логічний, графічний та статистичний аналіз.

Результати. На початку двохтисячних років щорічно у світі 3–4 млн. пацієнтів (з них 1 млн. жін.) помирали від ТБ. Зараз цей показник значно зменшився, але проблема залишається не вирішеною, адже за прогнозами ВООЗ, якщо система контролю за туберкульозом у світі й надалі не буде поліпшена, то протягом 2000–2020 рр. близько 40 млн. помруть від ТБ. Як свідчать дані літератури, в Україні не вивчена розповсюдженість і динаміка смертності від ТБ легень, її регіональні особливості до та під час епідемії. Не вивчена клінічна структура ТБ легень до і під час епідемії та вплив її на показник смертності.

Для визначення основних тенденцій епідеміологічної ситуації з ТБ в Збройних силах України та учасників АТО протягом 2014-2020 рр. після анексії АР Крим та окупації частини територій Донецької і Луганської областей, ми вивчали динаміку захворюваності на всі форми ТБ (в т.ч. на бактеріальні форми та рецидиви). Протягом 2014-2020 рр. проаналізовано 381 історію хвороби пацієнтів, учасників АТО. За 2014 рік поступило 25 пацієнтів (6,56%), за 2015 р. – 58 (15,22%), за 2016 р. – 78 (20,47%), за 2017 р. – 65 (17,06%), за 2018 р. – 60 (15,75%), за 2019 р. – 47 (12,33%), за 2020 р. – 48 (12,60%) пацієнтів. Найбільше пацієнтів поступило в стаціонар з приводу лікування туберкульозу в 2016 році (20,47%), а найменше в 2014 р. (6,56%). Протягом 2014-2020 рр. проаналізовано 1107 історій хвороб пацієнтів ЗСУ. За 2014 рік поступило 162 (9,03%) пацієнти, за 2015 р. – 236 (21,32%), за 2016 р. – 188 (16,98%), за 2017 р. – 143 (12,92%), за 2018 р. – 144 (13,00%), за 2019 р. – 131 (11,83%), за 2020 р. – 103 (9,30%) пацієнтів. Найбільше пацієнтів поступило в стаціонар з приводу лікування туберкульозу в 2015 році (21,32%), а найменше в 2014 р. (9,03%). За медичною допомогою з приводу туберкульозу військовослужбовці звернулися найбільше в 2015 р. (ЗСУ) та в 2016 р. (АТО), а найменше в 2014 р. Із проаналізованих 381 історій хвороб пацієнтів, учасників АТО було 360 (94,49%) чоловіків та 21 (5,51%) жінок. Щодо проаналізованих 1107 історій хвороб пацієнтів ЗСУ, то 1008 (91,06%) було чоловіків та 99 (8,94%) жінок. Серед військовослужбовців вагому перевагу становили чоловіки.

Проведено аналіз контингенту військовослужбовців. Щодо пацієнтів, учасників АТО наводимо наступні дані: 49 (12,86%) осіб були офіцерами МОУ, 327 (85,82%) осіб – контрактники МОУ, 2 (0,52%) особи – курсанти, 1 (0,26%) особа – ДПСУ та 2 (0,52%) особи були інші категорії. Найбільша кількість (85,82%) були контрактники МОУ, а найменша кількість (0,26%) – ДПСУ. Наводимо наступні дані пацієнтів, що належали до ЗСУ: 109

(9,84%) осіб – офіцери МОУ, 681 (61,52%) особа – контрактники МОУ, 11 (0,99%) осіб – курсанти, 127 (11,47%) осіб були на строковій службі, 13 (1,17%) осіб – СБУ, 3 (0,27%) особи – ДПСУ, по 1 особі (0,09%) – ДСНС та співробітник госпіталю, 81 (7,32%) особа – ветерани МОУ, 3 (0,27%) особи були членами сімей військових, 18 (1,62%) осіб – тематичні хворі, 39 (3,52%) осіб – планті пацієнти, 11 (0,99%) осіб – договірні, по 5 (0,45%) осіб – інші та ДССТ, 3 (0,27%) особи – Держспецзв'язок, 7 (0,63%) осіб – СЗРУ. Найбільша кількість (61,52%) були контрактники МОУ, а найменша кількість (0,27%) були членами сімей військових та Держспецзв'язок. При аналізі даних вікової категорії пацієнтів, учасників АТО стало відомо, що середній вік становив 37,72 роки (20 – 61 роки). Середній вік осіб, що належали до ЗСУ становив 37,27 роки (18 – 93 роки).

Було проаналізовано військове звання військовослужбовців. Щодо пацієнтів, учасників АТО наводимо наступні дані: 2 (0,52%) осіб були цивільними пацієнтами, 204 (53,54%) осіб становили рядовий склад, 116 (30,45%) осіб були прапорщиками, 3 (0,79%) особи були молодшими лейтенантами, 2 (0,52%) особи – лейтенанти, 16 (4,20%) осіб були старшими лейтенантами, 9 (2,36%) осіб – капітани, 11 (2,89%) осіб – майори, 13 (3,41%) осіб – підполковники та 5 (1,31%) осіб були полковниками. Найбільша кількість пацієнтів (53,54%) були рядовими, а найменша кількість (0,52%) були цивільні та лейтенанти. Наводимо наступні дані пацієнтів, що належали до ЗСУ: 76 (6,86%) осіб були цивільними пацієнтами, 570 (51,49%) осіб становили рядовий склад, 254 (22,94%) особи були прапорщиками, 10 (0,90%) осіб були молодшими лейтенантами, 9 (0,81%) осіб – лейтенанти, 38 (3,43%) осіб були старшими лейтенантами, 28 (2,53%) осіб – капітани, 41 (3,70%) осіб – майори, 48 (4,33%) осіб – підполковники, 30 (2,71%) осіб були полковниками та 3 (0,27%) осіб були генералами. Найбільша кількість пацієнтів (51,49%) були рядовими, а найменша кількість (0,27%) були генералами.

Протягом 2014-2020 рр. пацієнти, учасники АТО були розміщені в наступних відділеннях: 362 (95,01%) пацієнти лікувалися у відділенні туберкульозу, 1 (0,26%) пацієнт проходив лікування у гастроентерологічному відділенні, 3 (0,79%) пацієнти лікувалися в пульмонологічному відділенні, 2 (0,52%) пацієнти – відділення загальної терапії, 1 (0,26%) пацієнт – онкогематологічне відділення, 11 (2,89%) пацієнтів – відділення торакальної хірургії та 1 (0,26%) пацієнт проходив лікування в поліклінічному відділенні. Найбільше пацієнтів знаходилося на лікуванні у відділенні туберкульозу. Пацієнти ЗСУ були розміщені в наступних відділеннях: 1 (0,09%) пацієнт проходив лікування у відділенні абдомінальної хірургії, 1 (0,09%) пацієнт – відділення кишкових інфекцій, 2 (0,18%) пацієнти – відділення повітряно-крапельних інфекцій, 1064 (96,11%) пацієнтів знаходились на лікуванні в відділенні туберкульозу, 2 (0,18%) пацієнти – гастроентерологічне відділення, 18 (1,63%) пацієнтів – пульмонологічне відділення, 2 (0,18%) пацієнти – відділення загальної терапії, 1 (0,09%) пацієнт – ревматологічне відділення, 1 (0,09%) пацієнт – онкогематологічне відділення, 2 (0,18%) пацієнти – нефрологічне відділення, 27 (2,44%) пацієнтів – відділення торакальної хірургії та 3 (0,27%) пацієнти проходили лікування в поліклінічному відділенні. Найбільше пацієнтів знаходилося на лікуванні у відділенні туберкульозу.

Протягом 2014-2020 рр. проаналізовано результат лікування військовослужбовців з приводу туберкульозу. Щодо пацієнтів, учасників АТО наводимо наступні дані: 7 (1,84%) пацієнтів одужали, 346 (90,81%) пацієнтів отримали покращення від проведеної терапії, 27 (2,62%) пацієнтів були без змін, у 1 (0,26%) пацієнта хвороба перейшла у хронічну форму. Вагома переважаюча кількість пацієнтів (90,81%) отримали покращення від проведеної терапії і лише у 0,26% хвороба перейшла у хронічну форму. Щодо пацієнтів ЗСУ наводимо наступні дані: 24 (2,17%) пацієнти одужали, 1036 (93,58%) пацієнтів отримали покращення від проведеної терапії, 44 (3,97%) пацієнтів були без змін, у 2 (0,18%) пацієнтів хвороба перейшла у хронічну форму і 1 (0,09%) плантій пацієнт помер. Вагома переважаюча кількість пацієнтів (93,58%) отримали покращення від проведеної терапії і лише 0,09% померло. Далі було проаналізовано остаточний діагноз пацієнтів, учасників АТО, які знаходилися на лікуванні в період з 2014-2020 р.р. Діагнози проаналізували згідно МКХ-

10. 1 (0,26%) пацієнт мав туберкульоз легень, який підтверджений мікроскопією мокротиння, з культурою або без неї (A15.0). 2 (0,52%) пацієнтів мали туберкульоз легень, що підтверджений неуточненими способами (A15.3), 3 (0,79%) пацієнти мали туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів, який підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.4), 12 (3,15%) пацієнтів мали туберкульозний плеврит, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.6), 18 (4,72%) пацієнтів мали дисемінований туберкульоз легень (A15.X1), 19 (4,99%) пацієнтів мали осередковий туберкульоз легень (A15.X2), 55 (14,43%) пацієнтів мали інфільтративний туберкульоз легень (A15.X3), 31 (8,14%) пацієнт мав туберкульозу легень (A15.X4), 6 (1,57%) пацієнтів мали фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (A15.X6), 1 (0,26%) пацієнт мав туберкульоз легень, бактеріологічне та гістологічне дослідження не проводилися (A16.1), 2 (0,52%) пацієнти мали туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.3), 5 (1,31%) пацієнтів мали туберкульозний плеврит без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.5), 1 (0,26%) пацієнт мав інший респіраторний туберкульоз без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.8), 15 (3,94%) пацієнтів мали дисемінований туберкульоз легень (A16.X1), 46 (12,07%) пацієнтів мали осередковий туберкульоз легень (A16.X2), 63 (16,53%) пацієнти мали інфільтративний туберкульоз легень (A16.X3), 5 (1,31%) пацієнтів мали туберкульозу легень (A16.X4), 2 (0,52%) пацієнти мали фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (A16.X6), 4 (1,05%) пацієнти мали туберкульоз кісток та суглобів (A18.0), 2 (0,52%) пацієнти мали туберкульоз очей (A18.5), 3 (0,79%) пацієнтів мали віддалені наслідки туберкульозу інших уточнених органів (B90.8), 85 (22,31%) пацієнтів мали віддалені наслідки туберкульозу органів дихання і неспецифічного туберкульозу (B90.9). В найбільшій кількості (22,31%) відзначено діагноз B90.9, а в найменій кількості (0,26%) відзначено діагнози A15.0, A16.1 та A16.8.

Було проаналізовано остаточний діагноз пацієнтів ЗСУ. 1 (0,09%) пацієнт мав туберкульоз легень, який підтверджений мікроскопією мокротиння, з культурою або без неї (A15.0), 3 (0,27%) пацієнти мали туберкульоз легень, підтверджений гістологічно (A15.2), 3 (0,27%) пацієнтів мали туберкульоз легень, що підтверджений неуточненими способами (A15.3), 4 (0,36%) пацієнти мали туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів, який підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.4), 3 (0,27%) пацієнти мали туберкульоз гортані, трахеї і бронхів, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.5), 31 (2,80%) пацієнт мав туберкульозний плеврит, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.6), 3 (0,27%) пацієнти мали інший респіраторний туберкульоз, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.8), 2 (0,18%) пацієнти мали туберкульоз неуточнений, підтверджений бактеріологічно та гістологічно (A15.9), 41 (3,70%) пацієнт мали дисемінований туберкульоз легень (A15.X1), 49 (4,42%) пацієнтів мали осередковий туберкульоз легень (A15.X2), 140 (12,65%) пацієнтів мали інфільтративний туберкульоз легень (A15.X3), 84 (7,59%) пацієнти мали туберкульозу легень (A15.X4), 13 (1,17%) пацієнтів мали фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (A15.X6), 1 (0,09%) пацієнт мав казеозну пневмонію (A15.X8), 3 (0,27%) пацієнти мали туберкульоз легень, бактеріологічно та гістологічне не підтверджений (A16.0), 2 (0,18%) пацієнти мали туберкульоз легень, бактеріологічне та гістологічне дослідження не проводилися (A16.1), 3 (0,27%) пацієнти мали туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.3), 1 (0,09%) пацієнт мав туберкульоз гортані, трахеї і бронхів без посилання на бактеріологічне і гістологічне підтвердження (A16.4), 5 (0,45%) пацієнтів мали туберкульозний плеврит без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.5), 1 (0,09%) пацієнт мав первинний респіраторний туберкульоз без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.7), 1 (0,09%) пацієнт мав інший респіраторний туберкульоз без посилання на бактеріологічне та гістологічне підтвердження (A16.8), 28 (2,53%) пацієнтів мали дисемінований туберкульоз легень (A16.X1), 174 (15,72%) пацієнти мали осередковий туберкульоз легень (A16.X2), 192

(17,34%) пацієнти мали інфільтративний туберкульоз легень (A16.X3), 13 (1,17%) пацієнтів мали туберкульозу легень (A16.X4), 3 (0,27%) пацієнти мали фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (A16.X6), 6 (0,54%) пацієнти мали туберкульоз кісток та суглобів (A18.0), 2 (0,18%) пацієнти мали туберкульоз сечостатевої системи (A18.1), 2 (0,18%) пацієнти мали туберкульозну периферичну лімфаденопатію (A18.2), 1 (0,09%) пацієнт мав туберкульоз кишечника, очеревини та мезентеріальних залоз (A18.3), 2 (0,18%) пацієнти мали туберкульоз очей (A18.5), 3 (0,27%) пацієнти мали туберкульоз інших уточнених органів (A18.8), 1 (0,09%) пацієнт мав міліарний туберкульоз (A19.), 1 (0,09%) пацієнт мав віддалені наслідки туберкульозу кісток і суглобів (B90.2), 4 (0,36%) пацієнтів мали віддалені наслідки туберкульозу інших уточнених органів (B90.8), 281 (25,38%) пацієнт мав віддалені наслідки туберкульозу органів дихання і неспецифічного туберкульозу (B90.9). В найбільшій кількості (25,38%) відзначено діагноз B90.9, а в найменшій кількості (0,09%) відзначено діагнози A15.0, A15X8, A16.4, A16.7, A16.8, A18.3, A19. та B90.2.

Також було проаналізовано попередній діагноз та діагноз ускладнень пацієнтів, учасників АТО, які знаходилися на лікуванні в період з 2014-2020 р.р. Переважаючим попереднім діагнозом був осередковий туберкульоз легень A16.X2 (АТО - 19,68%, ЗСУ – 19,51%). По 1 (0,26%) пацієнту мали злоякісний новоутвір вульви з частово співпадаючою локалізацією, поліневропатію неуточненої етіології, гіпоксичні пошкодження головного мозку, не класифіковані в інших рубриках, розсіяний хоріоретиніт, міопія, астигматизм, піоторакс без свищу, плевральний випіт, не класифікований в інших рубриках, інші уточнені ураження плеври, цервікалгія, неуточнений нефротичний синдром, травматичний гемопневмоторакс, переломи грудної клітки, нижньої частини спини і тазу, кровотечі і гематома, як ускладнення процедури, не класифіковані в інших рубриках, післяопераційна інфекція, не класифікована в інших рубриках, віддалені наслідки травм множинних участків тіла (C51.8, G62.9, G93.1, H30.1, H52.1, H52.2, J86.9, J90, J94.8, M54.2, N05, S27.2, T02.1, T81.0, T81.4, T94.0). Наводимо наступні діагнози ускладнення пацієнтів ЗСУ. По 1 (0,09%) пацієнту мали туберкульозну периферичну лімфаденопатію, коклюш неуточнений, злоякісний новоутвір без уточнення локалізації, інші порушення лицевого нерва, поліневропатію неуточненої етіології, гіпоксичні пошкодження головного мозку, не класифіковані в інших рубриках, розсіяний хоріоретиніт, міопія, астигматизм, гіпертензивна хвороба серця без (застійної) серцевої недостатності, застійна серцева недостатність, внутрішній геморой з іншими ускладненнями, інша пневмонія, збудник інфекції неуточнений, бронхоектазія, піоторакс без свищу, плевральний випіт, не класифікований в інших рубриках (A18.2, B37.9, C80, G51.8, G62.9, G93.1, H30.1, H52.1, I11.9, I50.0, I84.1, J18.8, J47, J86.9, J90), 2 (0,18%) пацієнти мали астигматизм (H52.2), 2 (0,18%) пацієнти мали плевральний випіт при хворобах, класифікованих в інших рубриках, по 1 (0,09%) пацієнту мали інші види пневмоторакса, хільозний випіт, інші уточнені ураження плеври, хронічна респіраторна недостатність, хронічний апікальний періодонтит, стан запалення щелеп, неуточнений гастродуоденіт (J93.8, J94.0, J94.8, J96.1, K04.5, K10.2, K29.9), 2 (0,18%) пацієнти мали хронічний гепатит, неуточнений (K73.9), 4 (0,36%) пацієнти мали діагноз ускладнення неуточнений реактивний гепатит (K75.2), по 1 (0,09%) пацієнту мали цервікалгію та неуточнений нефротичний синдром (M54.2, N05), 2 (0,18%) пацієнти мали іншу хронічну печінкову недостатність (N18.8), 1 (0,09%) пацієнт мав кровохаркання (R04.2), 2 (0,18%) пацієнти мали кахексію (R04.2), по 1 (0,09%) пацієнту мали травматичний гемопневмоторакс, переломи грудної клітки, нижньої частини спини і тазу, неуточнену алергію, кровотечі і гематома, як ускладнення процедури, не класифіковані в інших рубриках та віддалені наслідки травм множинних участків тіла (S27.2, T02.1, T78.4, T81.0, T94.0), 2 (0,18%) пацієнти мали післяопераційну інфекцію, не класифіковану в інших рубриках (T81.4). Переважаючим діагнозом ускладнення був неуточнений реактивний гепатит K75.2 (0,36%).

На заключному етапі був аналіз супутніх захворювань пацієнтів. В учасників АТО найчастіше (3,94%) зустрівся неуточнений реактивний гепатит (K75.2), у ЗСУ відзначено,

що інші і неуточнені анормальні показники сечі (R82.9) зустрічалися в найбільшій кількості (4,34%).

Висновки. Важливою складовою дослідження становив аналіз відділень, де знаходилися військовослужбовці. Найбільше військовослужбовців знаходилося на лікуванні у відділенні туберкульозу. Вагома переважаюча кількість військовослужбовців отримали покращення від проведеної терапії. Що стосується остаточного діагнозу, поставленого військовослужбовцям, то аналіз проводився згідно МКХ-10 і в найбільшій кількості у військовослужбовців відзначено діагноз віддалені наслідки туберкульозу органів дихання і неспецифічного туберкульозу.

Список літератури:

1. Бакай А.Є. Практики медичного забезпечення НАТО: завантаження в Україні. Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журн. Чорномор. держ. ун-ту ім. Петра Могили. Київ: ТОВ «ДКС Центр». № 6/2017. С. 98-103
2. Верба А. В., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Досвід медичного забезпечення антитерористичної операції та шляхи його вдосконалення. Наука і оборона. 2015. № 3/4. С. 28–33
3. Solomon H. et al. Integration of published information into a resistance-associated mutation database for Mycobacterium tuberculosis. J. Infect. Dis. 2015. 211. P.50–57
4. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 3: Diagnosis - Rapid diagnostics for tuberculosis detection 2021 update. Geneva: WHO, 2021

ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ЯКІСТЮ ТА УМОВАМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

Волинець Вікторія Миколаївна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Ткачук Ірина Миколаївна, д. м. н., доцент, професор кафедри ВЗП-СМ,
Українська військово-медична академія;

E-mail: victoria_volynets@ukr.net, iryna_tkachuk@i.ua

Вступ. Оцінка задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги є одним з важливих показників, які стимулюють чуйність системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів [1] та є однією з важливих складових оцінювання якості медичної допомоги [2]. В сучасних літературних джерелах існують поодинокі відомості щодо задоволеності військовослужбовців якістю медичної допомоги на рівні вторинної ланки, що і обумовило проведення даного дослідження.

Мета дослідження: за результатами соціологічного опитування провести оцінку задоволеності військовослужбовців з хворобами органів травлення (ХОТ) якістю та умовами надання вторинної медичної допомоги

Матеріали та методи дослідження. За допомогою спеціально розробленої анкети щодо вивчення задоволеності якістю та умовами надання вторинної медичної допомоги проведено соціологічне опитування 60 військовослужбовців з ХОТ, чоловічої статі, які лікувались в гастроентерологічних відділеннях Військово-медичного центру Центрального регіону (І група, 30 осіб) та Вінницької міської клінічної лікарні № 1 (ІІ група, 30 осіб). Середній вік становив $39,6 \pm 9,49$ років в І групі та $39,3 \pm 11,2$ років в ІІ групі (при $p > 0,05$). Кількість ветеранів Збройних Сил України в І групі – 33,3%, в ІІ групі – 30%. Анкета складалась з чотирьох основних блоків: питань щодо ефективності надання медичної допомоги, швидкості обслуговування, ставлення персоналу до пацієнта та умов надання медичної допомоги. У дослідженні застосовано методи бібліографічний, статистичний, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження. Більшість респондентів в обох групах (76,7% опитаних в І групі та 86,7% в ІІ групі, при $p = 0,32$) були задоволені спілкуванням з лікарем. Роз'яснення

лікаря були зрозумілими для пацієнтів в обох групах (76,7% та 66,7%, відповідно, при $p=0,39$) та вони обговорювали всі запитання чи більшість з них. Проте, переважно лікарі інформували пацієнтів тільки тоді, коли сам пацієнт був ініціатором розмови - переважно про саму хворобу та її лікування, не приділяючи великої уваги профілактиці хвороби. Основними причинами незадоволення в спілкуванні респонденти переважно зазначили, що не отримали відповіді на всі запитання, які їх цікавили (42,9% та 75%, відповідно, $p>0,05$), або пояснення були незрозумілими. Незадоволеними спілкуванням з медичною сестрою були 73,3% респондентів в I групі та 76,7% в II групі (при $p>0,05$) внаслідок неухважності та недобррозичливого ставлення (62,5% та 57,1%, відповідно, при $p>0,05$), ненадання інформації щодо порядку проведення діагностичних процедур (25% та 42,9%, відповідно, при $p>0,05$), а також того, що їх постійно треба кликати, щоб зробили процедуру (12,5% I група). На запитання «Чи задоволені Ви результатом лікування, яке Вам призначив лікар?» більшість респондентів в I та II групах відповіли «повністю» (30% та 40%, відповідно, при $p>0,05$), «в основному задоволений» (в обох групах - 43,3%, при $p>0,05$). За 5-ти бальною системою оцінки задоволеності організацією лікувально-діагностичного процесу - переважна більшість оцінили на 5 і 4 бали (при $p>0,05$) та жоден військовослужбовець в двох групах не зазначив бал 1 та 2. Тільки у третини респондентів в обох групах (30% в I групі та 26% в II групі, при $p>0,05$) під час перебування в гастроентерологічному відділенні не виникало ніяких труднощів в організаційному процесі чи в умовах перебування. Основними труднощами, які виникли під час надання вторинної медичної допомоги в відділенні респонденти зазначили: лікар постійно зайнятий, потрібних мені ліків немає в безкоштовній аптеці, некомфортні умови в кабінеті лікаря (тісно, холодно, сиро тощо). Переважна більшість респондентів обох груп оцінили свою задоволеність умовами надання вторинної медичної допомоги переважно на 5 та 4 бали. При цьому військовослужбовці II групи достовірно частіше оцінили свою задоволеність на 5 балів, ніж в I групі (66,7% та 40,0%, відповідно, при $p=0,04$). За 5-ти бальною системою проведено самооцінку задоволеності респондентів загальним станом палати, станом меблів в палаті, станом меблів в кабінетах лікарів, температурним режимом в палаті, станом санвузла, якістю їжі, постільної білизни та якістю прибирання в відділенні. В більшій мірі незадоволеними були військовослужбовці I групи, порівняно з пацієнтами II групи: загальним станом палати (3-и бали надали 33,3% проти 6,7% відповідно, при достовірності різниці між групами $p<0,01$), станом меблів в палаті (3-и бали – 46,7% проти 20%, $p<0,05$); станом санвузла (3-и бали 60% проти 23,3%, $p<0,05$). Проведено оцінку пропозицій військовослужбовців щодо покращення організації надання медичної допомоги на вторинному рівні. Основними пропозиціями були: зробити ремонт в палатах (86,7% та 46,7%, при $p<0,001$), зробити ремонт в санвузлах (76,7% та 23,3%, при $p<0,001$), оновити меблі в палатах (66,7% та 23,3%, при $p<0,001$), закупити нове устаткування (73,3% та 56,7%, при $p>0,05$) та ін.

Висновки. Доцільно проводити моніторинг задоволеності пацієнтів в закладі охорони здоров'я чи його структурних підрозділах для покращення якості медичної допомоги та умов її надання на вторинному рівні. Для удосконалення вторинної медичної допомоги доцільно впровадити пацієнт-орієнтований підхід з безперервним навчанням медичного персоналу щодо комунікативних навичок і емпатії.

Список літератури

1. Степурко Т. Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. *Наукові записки НаУКМА*. 2016. Т.187. С. 82-89.
2. Bleich S. N. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? / Sara N. Bleich, Emre Özaltın, Christopher JL Murray. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009. № 87. P. 271–278.

ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УМОВАМИ НАДАННЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Мочарський Андрій Ігорович. лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки
військових лікарів ;

Ткачук Ірина Миколаївна – д. м. н., доцент, професор кафедри,

Українська військово-медична академія

E-mail: acertijoanders70@gmail.com, iryna.tkachuk@i.ua

Вступ. Оцінка якості, медичних послуг є невід’ємною частиною розвитку медичних організацій. Якість послуг, що надаються медичними організаціями є багатовимірним показником, одні з яких - задоволеність пацієнтів, яку враховують при розробці стратегії контролю якості і підвищення ефективності менеджменту [2].

Мета дослідження: за результатами соціологічного опитування провести оцінку задоволеності військовослужбовців якістю надання первинної медичної допомоги на рівні військового закладу охорони здоров’я.

Матеріали та методи дослідження. З урахуванням «Методики медико-соціологічного вивчення рівня якості медичної допомоги у лікувальних закладах ЗС України» [1], досвіду науковців Європейського товариства з вивчення якості загальної лікарської практики (WONCA) та підходу щодо оцінки задоволеності EUROPEP [3, 4, 5] розроблено анкету соціологічне опитування щодо якості надання первинної медичної допомоги на рівні військового закладу охорони здоров’я та проведено соціологічне опитування 150 військовослужбовців, чоловічої статі, які звернулись за медичною допомогою до Клініки амбулаторної допомоги Національного військового медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь». В I групу включено ветеранів ЗС України (n=70), в II групу – військовослужбовців за контрактом (n=80). Середній вік в I групі – 63,3±5,9 років, в II групі – 29,8±7,5 років (при p<0,05 між групами). Анкета включала питання щодо ефективності надання медичної допомоги, швидкості обслуговування, ставлення персоналу до пацієнта. У дослідженні застосовано методи бібліографічний, статистичний, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження. Переважна більшість військовослужбовці обох груп (41,4±5,9 та 38,8±5,4, при p>0,05) оцінили організацію лікувально-діагностичного процесу на «4» за 5-ти бальною шкалою. Проте, проведене соціологічне опитування виявило проблемні моменти, які потребують певних організаційних змін в роботі лікувально-профілактичного закладу. Найважливішими причинами невдоволення є: незадоволеність спілкуванням з лікарем – майже половина респондентів обох груп (при p>0,05) внаслідок того, що не отримали відповіді на всі запитання, які їх цікавили (17,1% та 23,8% відповідно, при p>0,05); третина респондентів незадоволена спілкуванням з молодшим спеціалістом з медичною освітою внаслідок неухважності та недобррозичливості; тривале очікування прийому лікаря - у військовослужбовців за контрактом час очікування становив переважно 35 хвилин (52,5% в II групі проти 37,1% в I групі, при p<0,05 між групами); незручний графік прийому лікаря (18,5±4,7% та 35±5,4%, відповідно, при p=0,02); відсутність ліків в безкоштовній аптеці (21,4±4,9% та 6,3±2,8%, відповідно, при p=0,009); лікарі призначають дорогі препарати (30±5,5% і 22,5±4,7%, відповідно, при p>0,05). Респондентами було внесено пропозиції щодо покращення організації надання військової медичної допомоги на первинному рівні. Найвагомішими з них були: покращення комунікації пацієнта з лікарем, емпатійне ставлення лікарів та молодшого медичного персоналу з медичною освітою, а також забезпечення необхідними ліками безкоштовно і необхідність створення електронного запису до лікаря.

Висновки. Для підвищення задоволеності пацієнтів якістю надання первинної медичної допомоги на рівні військового закладу охорони здоров’я доцільно застосовувати моніторинг думки пацієнта. Доцільно запровадити систему безперервного навчання медичного персоналу щодо якості медичної допомоги та впровадження в практичну роботу пацієнт-орієнтованого підходу.

Список літератури

1. Методика медико-соціологічного вивчення якості медичної допомоги у лікувальних закладах Збройних Сил України. Київ, 2007. 26 с.
2. Сміянова М. В. «Задоволеність клієнтів якістю отриманих послуг як індикатор менеджменту у медичних організаціях (на прикладі ТОВ «Медея Суми»)»: кваліфікаційна робота магістра спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», Суми 2020. 46 с.
3. Юрочко Т. П., Заремба С. М. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги як індикатор оцінювання ефективності запровадження змін у сфері охорони здоров'я: Огляд літератури. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1526> DOI: [10.32702/2307-2156-2019.11.34](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.11.34)
4. EUROPER. URL: <https://equip.woncaeurope.org/tools/europep>
5. EUROPER. URL: <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/documents/publications/resources/grolwensing2000theuropepinstrumentequipwonca.pdf>

ОЦІНКА ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Мочарський Андрій Ігорович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Ткачук Ірина Миколаївна – д.м.н., доцент, професор кафедри ВЗП-СМ,
Українська військово-медична академія

E-mail: acertijoanders70@gmail.com, iryna_tkachuk@i.ua

Вступ. На сучасному етапі медичної практики задоволеність пацієнтів сервісом, в тому числі і умовами надання медичної допомоги, в закладі охорони здоров'я має важливе значення і повинно враховуватись для формування в ньому політики пацієнто-орієнтованої медичної допомоги.

Мета дослідження: за результатами соціологічного опитування провести оцінку задоволеності військовослужбовців умовами надання первинної медичної допомоги на рівні військового закладу охорони здоров'я.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою спеціально розробленої анкети (з урахуванням «Методики медико-соціологічного вивчення рівня якості медичної допомоги у лікувальних закладах ЗС України» [1], досвіду науковців Європейського товариства з вивчення якості загальної лікарської практики (WONCA) та підходу щодо оцінки задоволеності EUROPER [3, 4, 5]) проведено соціологічне опитування 150 військовослужбовців, чоловічої статі, які звернулись за медичною допомогою до Клініки амбулаторної допомоги Національного військового медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» щодо їх задоволеності умовами надання первинної медичної допомоги. В I групу включено ветеранів ЗС України (n=70), в II групу – військовослужбовців за контрактом (n=80). Середній вік в I групі – 63,3±5,9 років, в II групі – 29,8±7,5 років (при p<0,05 між групами). У дослідженні застосовано методи бібліографічний, статистичний, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження. Переважна більшість респондентів обох груп за 5-ти бальною шкалою оцінки задоволені умовами, де надається медична допомога, на бал «3» (при p>0,05). Достовірно (p=0,04) більша частка військовослужбовців за контрактом, ніж ветерани ЗС України оцінили умови на бал «2». Проведено визначення причин такої незадоволеності, а саме: проведено соціологічне опитування щодо внутрішнього вигляду клініки, стану меблів в коридорах та кімнатах лікарів, стану санвузла, температурного режиму в кабінеті лікаря. Респонденти обох груп (38,6±5,8% в I групі та 25,0±4,8% в II групі, при p>0,05) були найбільш задоволені станом меблів в кабінеті лікарів. Щодо естетичного вигляду медичного закладу, то більшість респондентів обох груп оцінили на «4» (25,7±5,2% та 35±5,3% відповідно, при p>0,05). Температурний режим в кімнатах більшість оцінили на «3» (15,7±4,3 та 17,5±4,2 відповідно, при p>0,05). Найнижчу оцінку «1» респонденти обох груп віддали стану санвузлів (7,1±3,1 та 7,5±2,9, відповідно, при p>0,05).

Респондентами було внесено пропозицій щодо покращення умов надання медичної допомоги на первинному рівні: зробити ремонт ($44,3 \pm 5,9$ та $48,8 \pm 5,9$, відповідно, при $p > 0,05$) та оновити меблі в кабінетах та коридорах ($48,6 \pm 6,0$ та $41,3 \pm 5,5$, відповідно, при $p > 0,05$)

Висновки. Отримана при соціологічному опитуванні військовослужбовців інформація щодо умов надання первинної медичної допомоги є основою для усвідомлення потреб власних пацієнтів та інструментом вдосконалення організації на рівні військового закладу охорони здоров'я з урахуванням пацієнто-орієнтованого підходу.

Список літератури

1. Методика медико-соціологічного вивчення якості медичної допомоги у лікувальних закладах Збройних Сил України. Київ, 2007. 26 с.
2. Сміянова М. В. «Задоволеність клієнтів якістю отриманих послуг як індикатор менеджменту у медичних організаціях (на прикладі ТОВ «Медея Суми»)»: кваліфікаційна робота магістра спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», Суми 2020. 46 с.
3. Юрочко Т. П., Заремба С. М. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги як індикатор оцінювання ефективності запровадження змін у сфері охорони здоров'я: Огляд літератури. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1526> DOI: [10.32702/2307-2156-2019.11.34](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.11.34)
4. EUROPEP. URL: <https://equip.woncaeurope.org/tools/europep>
5. EUROPEP. URL: <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/documents/publications/resources/grolwensing2000theuropepinstrumentequipwonca.pdf>

ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ КОМОРБІДНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Панасенко Дмитро Юрійович – старший лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Ткачук Ірина Миколаївна – д. м. н., доцент, професор кафедри ВЗП-СМ,
Українська військово-медична академія

E-mail: hand6633537@gmail.com, iryna.tkachuk@i.ua

Вступ. Впродовж останніх років спостерігається значне зростання питомої ваги ішемічної хвороби серця (ІХС) в структурі хвороб системи кровообігу, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців [3]. В науковій літературі є фрагментарні відомості щодо особливостей поширеності та перебігу коморбідної патології у хворих на ІХС військовослужбовців [1, 4] і відсутні відомості щодо її поширеності у військовослужбовців, хворих на ІХС, після початку повномасштабного збройного конфлікту 24.02.2022, що обумовило необхідність проведення цього дослідження

Мета дослідження: визначити поширеність коморбідних хвороб органів травлення у військовослужбовців, хворих на ІХС, до та після початку повномасштабної агресії рф.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз 60 історій хвороби випадкової вибірки пацієнтів кардіологічного відділення, які були госпіталізовані в вересні-жовтні в 2021 році з діагнозом ІХС, а також 50 історій хвороб випадкової вибірки пацієнтів кардіологічного відділення, які були госпіталізовані в вересні-жовтні 2022 році (після початку повномасштабної агресії рф) з діагнозом ІХС. Всі хворі були чоловічої статі, учасники бойових дій, віком від 40 до 60 років. Середній вік першої групи – $47,4 \pm 5,7$ років, другої групи – $47,9 \pm 5,4$, тобто групи статистично достовірно за віком не відрізнялись ($p > 0,05$). У дослідженні застосовано методи: бібліографічний, статистичний, системного підходу та аналізу. Первинна підготовка таблиць та проміжні розрахунки проводились на персональному комп'ютері з використанням програмного пакету Microsoft Excel 2007. Статистична обробка проводилась з використанням програми Microsoft Excel 2007 та стандартного статистичного пакета STATISTICA 6,0.

Результати дослідження. За результатами дослідження встановлено статистично достовірне зростання поширеності коморбідних хвороб органів травлення у військовослужбовців з ІХС після початку повномасштабного збройного конфлікту: виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки ($3,3 \pm 2,3\%$ в I групі та у $22,0 \pm 5,9\%$ в II групі, при $p=0,004$), гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби ($6,7 \pm 3,2\%$ та $24,0 \pm 6,0\%$, відповідно, при $p=0,015$), хронічного панкреатиту ($26,7 \pm 5,7\%$ та $68,0 \pm 6,6\%$, відповідно, при $p=0,0001$), жовчнокам'яної хвороби та хронічного холециститу (0% та $14,0 \pm 4,9\%$, відповідно, при $p=0,006$). Неалкогольну жирову хворобу печінки розглядають як фактор ризику розвитку атеросклеротичного ураження судин серця та головного мозку, прогресування ІХС та виникнення АГ [4]. За результатами нашого дослідження неалкогольна жирова хвороба печінки виявлена у $30,0 \pm 5,9\%$ в I групі та у $36,0 \pm 6,8\%$ військовослужбовців в II групі ($p=0,5$). Встановлена значна поширеність коморбідного хронічного гастродуоденіту без статистично достовірної різниці між групами: у $43,3 \pm 6,4\%$ в I групі та у $40,0 \pm 6,9\%$ в II групі, при $p=0,73$.

Висновки. Результати проведеного дослідження засвідчили зростання поширеності коморбідної патології шлунко-кишкового тракту у військовослужбовців, хворих на ІХС, що необхідно враховувати при призначенні лікарем антиагрегантів, статинів, антигіпертензивних препаратів задля підвищення ефективності лікування і попередження ускладнень.

Список літератури

1. Куц Т. В., Мороз Г. З. Поширеність коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2020. № 1 (4). С. 29-34. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4\(1\)-029](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4(1)-029)
2. Ткачук І. М., Мороз Г. З., Буженко А. І. Комплексна оцінка поширеності коморбідної патології у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції, хворих на артеріальну гіпертензію, в амбулаторно-поліклінічній практиці. *Військова медицина України*. 2016. № 2. Т. 16. С. 54–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2016_45%281%29__38
3. Ткачук І. М., Соколюк А. К., Туан Лінь, Т. Ч., Латишенко С. В. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (1). С. 19-25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019/](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019/)
4. Francque S. M., Graaff V.D., Kwanten W.J. Non-alcoholic fatty liver disease and cardiovascular risk: Pathophysiological mechanisms and implications. *J of Hepatol*. 2016. Vol. 65. Issue 2. P. 425-43. URL: <http://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.04.005>.

ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Соколюк Анастасія Константинівна – підполковник медичної служби, старший викладач кафедри, Українська військово-медична академія.

E-mail: sokoluk0108@ukr.net ;

Вступ. На сучасному етапі спостерігається збільшення поширеності ішемічної хвороби серця (ІХС) [3] та коморбідних станів у військовослужбовців [1,2], що потребує удосконалення надання медичної допомоги, з урахуванням вимог доказової медицини та стандартів НАТО.

Мета дослідження: на основі комплексного аналізу нормативних документів, наукових публікацій та результатів власних досліджень науково обґрунтувати основні елементи функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією.

Матеріали та методи дослідження. Матеріали дослідження: законодавчі та нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я та оборони України, керівні документи з питань медичного забезпечення Збройних Сил України та інших складових сил оборони, рекомендації ВООЗ та інших міжнародних організацій, наукові публікації щодо поширеності хвороб системи кровообігу, зокрема, ішемічної хвороби серця, та факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ), результати власних досліджень щодо особливостей поширеності та перебігу ішемічної хвороби серця у військовослужбовців, підготовки військових лікарів з цієї проблеми. Методи дослідження: бібліографічний, системного аналізу та підходу.

Результати дослідження. . Визначені концептуальні підходи та перспективні напрями оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією. Впровадження в практику оптимізованої комплексної структурно-функціональної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією передбачає:

1) на рівні військових комісаріатів – виявлення та контроль ФР ССЗ у військовослужбовців та призовників, своєчасне направлення на лікування призовників (мобілізованих), хворих на ССЗ (в. т.ч. на ІХС);

2) на рівні військових закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги:

- ресурсне забезпечення військових закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги у відповідності до чинних стандартів;

- організація надання медичної допомоги щодо вторинної профілактики ІХС з коморбідною патологією відповідно до чинних медико-технологічних документів з урахуванням вимог стандартів НАТО;

- при щорічних поглиблених медичних оглядах при виявленні, моніторингу ФР ССЗ та їх корекції у військовослужбовців проводити профілактичне консультування, яке базується на ключових складових пацієнт-орієнтованого підходу, з урахуванням індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;

- враховуючи «помолодшання» розвитку ІХС застосовувати підхід, що базується на використанні шкали відносного ризику SCORE для всіх військовослужбовців молодше 40 років під час щорічних медичних оглядів та скринінговий підхід щодо виявлення тривожних та депресивних розладів у всіх військовослужбовців, які брали участь в бойових діях;

- залучення військовослужбовців до активної участі в спільному прийнятті рішень щодо обсягу медичних послуг та самоконтролю стану здоров'я шляхом підвищення поінформованості щодо здорового способу життя, основних ФР ССЗ та відповідальності за контроль ФР ССЗ, участі у процесі виявлення та корекції ФР ССЗ, обізнаності щодо лікування ІХС з використанням «Інформаційного листа для пацієнта з ішемічною хворобою серця «Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров'я»;

- в форматі безперервної післядипломної підготовки для лікарів загальної практики військових закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги запроваджено фахову школу «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)»;

- для слухачів Української військово-медичної академії в навчальному модулі «Доказова медицина. Збереження здоров'я профілактика» в темі «Консультування із підтримки здорового способу життя» включено навчальні питання щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу, навичок комунікації, клінічної емпатії та визначення індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;

- у пацієнтів з ІХС та коморбідними захворюваннями розробка індивідуалізованої лікувально-профілактичної програми, яка включає нові підходи (лікар загальної практики при ухваленні рішення щодо вторинної профілактики та лікування хворих з ІХС, з позиції цілісного, пацієнт-орієнтованого підходу, повинен враховувати всі хронічні захворювання,

які є у пацієнта, а не тільки серцево-судинної системи, та надавати пріоритети та переваги в збереженні здоров'я, адже серед декількох коморбідних захворювань є один стан, який більш важливіший, ніж інші; пацієнт з коморбідністю в даний проміжок часу може претендувати на кілька терапій відповідно до існуючих рекомендацій та настанов, проте пріоритет слід віддавати лікуванню, яке спрямоване одночасно на кілька клінічних станів; в існуючих нормативних медико-технологічних документах, послідовність призначення медикаментозних препаратів, можливість зменшення або припинення прийому певного препарату, на сьогоднішній день не визначено, а отже це питання треба розглядами при спільному прийнятті рішення з урахуванням очікуваної користі та потенційної шкоди, що пов'язані із початком або зміною терапії. За потреби лікар загальної практики повинен звернутися за допомогою до інших відповідних експертів; щоб уникнути проблеми, пов'язаною з поліпрагмазією, і відповідно, для зменшення фінансового тягара, відмінити ліки або зменшити дози, які не мають пріоритетного значення в досягненні результатів лікування та очікуваного прогнозу. Крім того, для полегшення координації медичної допомоги між лікарями різних профілів та лікарем загальної практики, необхідно впровадити єдину систему електронних медичних записів; холістичний підхід до розуміння пацієнта з коморбідністю: врахування його медичних проблем, ментальних проблем та емоціонального стану, функціональних спроможностей та обмежень, соціального середовища. Так, для пацієнта з високою функціональною спроможністю та очікуваною нормальною або майже нормальною тривалістю життя найкращим є дотримання рекомендацій щодо лікування для зниження захворюваності та смертності. Для пацієнтів в термінальній стадії захворювання – зосередитись на компромісах щодо лікування симптомів для їх деескалації; спільне прийняття рішення з пацієнтом щодо лікування, вибраного серед медично обґрунтованих варіантів, яке є найбільш важливішим для пацієнта та узгоджується з цілями, пріоритетами та перевагами. Це динамічний процес, який змінюється у часі в залежності від перебігу захворювання, якості життя пацієнта та прогнозу. Таким чином, в процесі прийняття рішення, в певний проміжок часу, може виникнути необхідність припинити, розпочати або продовжити лікування залежно від того, що є найбільш важливим для пацієнта; врахування соціальних детермінант: економічна стабільність, доступність медичної допомоги та її якість, зайнятість, релігійні погляди, вік та ін.).

- вивчення задоволеності військовослужбовців з ІХС отриманою медичною допомогою;

- оцінка якості надання пацієнт-орієнтованої медичної допомоги відповідно до чинних медико-технологічних документів.

Висновки. Нові елементи функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією, функціонально удосконалюють існуючу систему профілактичних заходів щодо ІХС та забезпечують відповідну якість медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України.

Список літератури

1. Куц Т. В., Мороз Г. З. Поширеність коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2020. № 1 (4). С. 29-34. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4\(1\)-029](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4(1)-029)

2. Ткачук І. М., Мороз Г. З., Буженко А. І. Комплексна оцінка поширеності коморбідної патології у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції, хворих на артеріальну гіпертензію, в амбулаторно-поліклінічній практиці. *Військова медицина України*. 2016. № 2. Т. 16. С. 54–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2016_45%281%29__38

3. Ткачук І. М., Соколюк А. К., Туан Лінь, Т. Ч., Латищенко С. В. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років. *Український*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ОСІБ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ
Семьошкіна Ольга Русланівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки
військових лікарів

Кравчук Віктор Володимирович, доцент кафедри АММП, кандидат медичних наук,
підполковник медичної служби, e-mail: vkravchuk@ukr.net
Українська військово-медична академія;
e-mail: olsis1996@gmail.com,

Вступ. Психологічну надійність льотчика можна подати як складну особистісну властивість, як єдність її мотиваційної, загально – професійної та емоційно-вольової готовностей. На рівень їх розвитку впливають як об'єктивні (рівень підготовки, тривалі перерви між польотами тощо), так і суб'єктивні (мотивація, психічні стани, рівень розвитку професійних рис та ін.) умови [1].

Професійна діяльність льотчика належить до числа найбільш важких і динамічних, тому що даному контингенту осіб доводиться працювати в умовах підвищеної напруженості і ліміту часу, відведеного на виконання поставлених завдань. При цьому потрібне негайне реагування на різноманітні зовнішні подразники та інтенсивні потоки інформації, висока особиста відповідальність за кожне прийняте рішення. У зв'язку з цим забезпечення надійної діяльності осіб льотної складу є одним з найважливіших умов забезпечення безпеки польотів [2].

Мета. Виявити особливості психоемоційного стану військових льотчиків (ВЛ) і цивільних льотчиків (ЦЛ) шляхом порівняльного аналізу результатів оцінювання їх особистісних якостей.

Матеріали і методи. Було застосовано психологічні методи дослідження та використано опитувальник «Смислові базові установки» (СБУ), опитувальник В.П. Прядеїна та опитувальник NEO PI-R. У роботі використано аналіз спеціальної науково-методичної літератури, науковий аналіз основних понять дослідження, моніторинг, системний, ситуаційно-логічний, графічний та статистичний аналіз.

Результати. За вербальною та емоційною залежністю, залежністю від досягнень, вимогливістю та відповідальністю за себе як ВЛ, так і ЦЛ мають адекватний рівень розвитку СБУ. Адекватний результат показує, що вербальна залежність людина перебуває в межах норми, має здорове почуття власної гідності, нормальну реакцію на критику і схвалення. Критика може бути їй неприємною, але вона не знижує його самооцінки. Похвала може її порадувати, але вона не потрібна, щоби поважати себе. Щодо емоційної залежності осіб ЛС, то їм важлива емоційна підтримка з боку близьких людей, але вони мають почуття любові та поваги до самої себе, цікавляться багатьма аспектами життя і тому не зв'язану по руках і ногах почуттями оточуючих її людей. Вони відносяться до емоційної підтримки як до бажаного, але не необхідного.

Щодо залежності від досягнень то як ВЛ так і ЦЛ отримують задоволення від роботи, але це для них не єдиний шлях підтримки самоповаги та самоцінності. Вони мають й інші сфери, у яких можуть реалізувати себе. Бути продуктивним і досягати в роботі, безумовно, приємно. Але немає необхідності заслужувати на любов і повагу виснажливою працею, для щастя це зовсім не обов'язково: успіх і слава щастя не гарантують. Щодо вимогливості до себе, то ці люди здатні ставити розумні цілі та відчувати задоволення від самого процесу досягнення мети. Вони розуміють, що не зобов'язані бути видатними у всьому і повинні постійно старатися. Вони не бояться помилок, розглядаючи їх як чудову можливість чомусь навчитися та покращити себе. Може здатися парадоксальним, але вони, швидше за все, набагато продуктивніші за своїх бездоганих партнерів.

Щодо вимогливості до інших, то як ВЛ не вважають, що життя і оточуючі люди винні їм априорі – ще до того, як вони з'явилася на світ. Тому вони намагаються самі досягти того, що хочуть, і це часто отримують. Вони розуміють, що кожна людина унікальна і не існує причин, з яких доля і люди повинні підкорятися їх бажанню. Вони не вимагають від інших досконалості та справедливості у всьому, терплячі і наполегливі, у них висока здатність протистояти розладам. В результаті вони найчастіше виявляється попереду інших. ЦЛ за цією шкалою мають низькі показники. Низький результат характерний для людей, з якими оточуючі не рахуються і, використовують у своїх цілях, нічого не даючи натомість. Такі люди зазвичай не можуть працювати на керівних посадах, оскільки підлеглі ігнорують їх.

Аналізуючи результати досліджень за шкалою "Відповідальність за інших" виявилось, що усі опитані категорії осіб ЛС мають високі показники СБУ, що свідчить про їх гіпервідповідальність. У таких людей присутнє пізнавальне спотворення – вони беруть на себе відповідальність за незалежні від них події. Вони необгрунтовано звинувачують себе за провини інших людей, які не перебувають під їх контролем (дорослих дітей, рідних, близьких тощо). Схильність вважати себе центром Всесвіту і приписувати собі відповідальність за все, що відбувається, робить їх безпорадними і створює емоційні перепони, ізолює від інших людей, яких вони прагнуть контролювати. Вірогідно така ситуація є професійно зумовленою, набутою, оскільки професія льотчика пов'язана з постійною відповідальністю за життя десятків і сотень людей. Щодо відповідальності за себе то як ВЛ так і ЦЛ вважають, що несуть особисту відповідальність за все, що відбувається з ними, і інтерпретують значущі події свого життя як результат власної діяльності, але при цьому розуміють, що існують зовнішні фактори, вплинути на які, а іноді навіть контролювати, вони не можуть. Такі люди впевнені в собі, незалежні, терплячі, рішучі і емоційно стабільні. Як уже згадувалось, праця будь-якого льотчика, безумовно, пов'язана з постійною відповідальністю за свої рішення і дії. Від рівня розвитку зазначеної якості залежить успішність і тривалість професійної діяльності зазначеного контингенту, забезпечення ними безпеки польотів. Тому, поняття відповідальності повинне сприйматися у якості контролю над діяльністю осіб ЛС з точки зору виконання ними прийнятих норм і правил.

Аналізуючи динамічні показники відповідальності осіб ЛС, слід зазначити, що ЦЛ мають більш високий їх рівень порівняно з ВЛ за шкалою "Динамічної ергічності" і, навпаки, більш низький рівень за шкалою "Динамічної аергічності". Це характеризує ЦЛ як поведінково активних, достатньо самостійних, здатних без додаткового контролю ретельно виконувати важкі та відповідальні завдання. ВЛ за цими шкалами мають ситуативний прояв відповідальності, тобто є достатньо нерішучими і такими, що мають низьку перешкодостійкість. Аналіз показників мотиваційної компоненти відповідальності за шкалами "Мотивації соціометричної" і "Мотивації егоцентричної" свідчить про соціально значущу мотивацію ЦЛ, що виражена у виконанні відповідальних справ через бажання бути серед людей, колективу, спільноти. Мотивація у них, пов'язана з відчуттям обов'язку, переважанням суспільних або колективних інтересів над особистими. Мотивація ВЛ має особисту значущість і характеризується бажанням звернути на себе увагу в процесі реалізації відповідальних справ, отримати заохочення, винагороду, уникнути особистих ускладнень, можливого покарання.

Аналіз когнітивної компоненти відповідальності за шкалами "Когнітивної осмисленості" і "Когнітивної поінформованості" дозволяє сказати, що в цілому ЦЛ усвідомлюють суть, важливість, основу та цілісність поняття "відповідальність", тоді як для ВЛ мають поверхневе розуміння відповідальності, сприймають лише одну її сторону, часто неспецифічну та загального характеру. Звертає на себе увагу високий рівень показників як за шкалою "Результативність предметна", так і шкалою "Результативність суб'єктивна" серед ЦЛ. Така ситуація свідчить про гармонійне поєднання у них сумлінності у досягненні та реалізації як колективних і суспільних справ, так і забезпечення власного благополуччя і

самореалізації. Іншими словами, у ЦЛ гармонійно поєдналися намагання досягти і суспільно значущого, і особистісно значущого результату.

Для ВЛ характерним є ситуативний прояв як самовідданості та сумлінності під час виконання колективних справ, так і досягнення особистого благополуччя та самореалізації. Характеризуючи емоційну компоненту відповідальності за шкалами "Емоційна стеничність" і "Емоційна астеничність", то тут можна сказати, що ЦЛ отримують набагато більше позитивних емоцій під час виконання професійних обов'язків, порівняно з ВЛ. За регуляторною компонентою відповідальності (шкали "Регуляторна інтернальність" і "Регуляторна екстернальність") ЦЛ в цілому є достатньо самостійними, самокритичними та незалежними під час виконання відповідальних справ, тобто вони здатні брати відповідальність на себе. ВЛ ж, навпаки, достатньо залежні від інших людей і зовнішніх обставин, оскільки намагаються перекласти відповідальність на них.

Наступною складовою дослідження особистісних якостей представлених категорій осіб ЛС було оцінювання процесів планування, організації та виконання професійних обов'язків (сумлінності) зазначеного контингенту. Загалом, сумлінність – це наявність у людини таких властивостей, як цілеспрямованість, воля, рішучість і непохитність. Крім того, існує думка, що сумлінність – це прагнення до досягнень у професійній сфері, пунктуальність і надійність. Звичайно, такі якості, на нашу думку, повинні бути притаманними для більшості професійних груп в авіації, особливо льотчиків. Першочергово звертає на себе увагу, що усі значення показників ВЛ знаходяться у діапазоні від 1 до 4 степенів. Така ситуація свідчить про те, що ці особи за усіма шкалами мають низький рівень розвитку сумлінності. Зокрема, низькі показники за шкалою "Компетентність" свідчать про те, що ВЛ мають низьку самооцінку своїх здібностей, відзначаються невпевненістю та нездатністю вирішувати життєві проблеми, за шкалою "Організованість" – властиві незібраним людям, за шкалою "Відданість обов'язкам" – характерні ненадійним людям, або тим, які не заслуговують довіри, за шкалою "Прагнення до досягнень" – характерні в'ялим людям, апатичним і навіть лінивим, оскільки у них відсутні цілі, амбіції тощо. Цікавим є той факт, що зазначені фахівці в цілому задоволені низьким рівнем своїх досягнень.

Низькі показники за шкалою "Самодисципліна" свідчать про низький рівень виконавчої дисципліни, що пов'язано з практичною відсутністю самоконтролю. Іншими словами, такі люди не можуть заставити себе робити те, що вони хочуть робити через недостатність рівня мотивації. І на кінець, низькі показники за шкалою "Обдуманість вчинків" властиві для людей, які здатні приймати поспішні рішення, забувши передбачити ймовірні наслідки. Такими людьми, зазвичай, керує спонтанність. Особистісний профіль ЦЛ за окремими шкалами опитувальника "Сумлінність", на від мінус від ВЛ, знаходяться у діапазоні від 5 до 7 степенів, що свідчить про середній рівень розвитку зазначеної особистісної якості. Тобто, порівняно з ВЛ вони мають значно вищий рівень самооцінки своїх здібностей, впевненості, зібраності та здатності вирішувати життєві проблеми. Вони більш надійні, активніші, амбіційніші. Такі особи мають достатній рівень виконавчої дисципліни, оскільки мають мотивацію. У них виразно проявляється відчуття морального та професійного обов'язку. Такі люди обережні та зважені під час прийняття відповідальних рішень.

Так, за результатами оцінювання комфортності та мотиваційної складової професійної діяльності зазначеного контингенту, були отримані достатньо посередні значення оцінок рівня задоволеності існуючими умовами військової служби, що майже в два рази нижчі від рівня задоволеності обраною професією льотчика – $44,3 \pm 1,9$ і $82,6 \pm 1,5$ балів за 100 бальною шкалою відповідно. Причин формування зазначеного рівня задоволеності військовою службою та обраною професією декілька – це і швидкоплинність кар'єри, і специфічність взаємовідносин у військовому колективі, і соціально-економічні аспекти забезпеченості, і неповноцінність за складністю, тривалістю та регулярністю професійного навантаження ($r=0,23-0,31$, $p<0,05$).

Проведені нами дослідження виявили негативну ситуацію щодо погіршення психоемоційного стану осіб льотної складу, зокрема ВЛ. Це зумовлює необхідність

удосконалення заходів медичного забезпечення діяльності зазначеного контингенту. Метою цих заходів є підвищення мотивації, самооцінки та збереження фізичного та психічного здоров'я осіб ЛС. Згідно отриманих результатів військові і цивільні льотчики мають адекватний рівень розвитку СБУ. Це означає, що вербальна залежність даних осіб перебуває в межах норми, вони мають здорове почуття власної гідності, нормальну реакцію на критику і схвалення. Як ВЛ так і ЦЛ подобається їхня робота, вони отримують від неї задоволення. Є вимогливішими до себе ніж до інших. Щодо показника відповідальності, то нами було виявлено, що ЦЛ мають більш високий рівень порівняно з ВЛ за шкалою "Динамічної ергічності" і, навпаки, більш низький рівень за шкалою "Динамічної аергічності". ВЛ за цими шкалами є достатньо нерішучими і такими, що мають низьку перешкодостійкість. ЦЛ мали соціально значущу мотивацію, а мотивація ВЛ характеризувалася бажанням звернути на себе увагу в процесі реалізації відповідальних справ, отримати заохочення, винагороду, уникнути особистих ускладнень, можливого покарання. ВЛ мають поверхневе розуміння відповідальності, сприймають лише одну її сторону, часто неспецифічну та загального характеру. ВЛ за усіма шкалами мають низький рівень розвитку сумлінності, мають низьку самооцінку своїх здібностей, відзначаються невпевненістю та нездатністю вирішувати життєві проблеми. ВЛ характеризуються відсутністю самоконтролю через недостатній рівень мотивації. Дані особи можуть приймати спонтанні рішення.

Висновки. Отримані результати досліджень мають не тільки теоретичну, а й практичну значущість, оскільки дозволяють науково обґрунтовано оптимізувати процедуру медичного забезпечення польотів, шляхом запровадження психологічних методів оцінювання психоемоційного стану осіб ЛС під час проведення заходів психофізіологічного супроводу їх діяльності.

Список літератури:

1. Злотніков А.Л., Приходько Д.П. Методика корекцій станів психічної напруги в період наземної підготовки до польотів. Вісник Національної академії оборони України 3 (11) 2009. Режим доступу: www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Vnaou/2009_3/Zlotnikow.pdf,
2. Фирсов К.В. Психическая надежность летного состава. Дис. к.псих. наук. М. 1996. 228с

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ І ШКАЛ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД МЕДИЧНИМ ТРАНСПОРТУВАННЯМ

Кучера Олександр Петрович лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Ухач Юрій Дмитрович ад'юнкт науково-організаційного відділення

Українська військово-медична академія

o.kuchera.st@gmail.com

Вступ: Швидка та детальна оцінка стану поранених військовослужбовців є необхідною для надання якісної медичної допомоги та визначення обсягу необхідних терапевтичних втручань. Її можна досягти за допомогою застосування стандартизованих шкал оцінки стану пацієнтів. Зокрема, у постраждалих із бойовою травмою такі шкали дозволяють ефективно провести медичне сортування на етапі медичної евакуації та встановити необхідний пріоритет для безпечного транспортування на наступний етап надання медичної допомоги.

Мета: Дослідити шкалу Revised Trauma Score як один із способів швидкої оцінки стану поранених (травмованих) військовослужбовців на етапі підготовки до транспортування на базовому (role 0) та першому (role 1) рівні медичної допомоги.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз первинної медичної документації 64 військовослужбовців, які були госпіталізовані на другий етап медичної евакуації (61 мобільний військовий госпіталь). Визначено показники артеріального тиску, пульсу, частоти дихальних рухів (ЧД), свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), а також

ступінь крововтрати, рахований за показниками гемоглобіну та еритроцитів при госпіталізації. Стан поранених (травмованих) військовослужбовців оцінено за шкалою Revised Trauma Score (RTS), вибірку поділено на дві групи. До першої групи (RST >8 балів) ввійшло 45 постраждалих, середній вік $31,5 \pm 10$ років. Друга група (RST ≤ 8 балів) складалася із 19 постраждалих, середній вік становив $32,6 \pm 10,1$ роки. Статистичний аналіз даних було проведено за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона) та двовибіркового t-тесту з однаковими дисперсіями табличного процесора Microsoft™ Excel. Данні вважались достовірними при ($p < 0.05$).

Результати: При порівнянні груп за клінічними показниками при госпіталізації отримано наступні результати ($p < 0.05$): У першій групі середнє значення гемоглобіну складало $123,1 \pm 17,5$ г/л; еритроцитів - $3,99 \pm 0,49 \times 10^{12}/л$; ЧД - 21 ± 3 за хвилину; ШКГ - 14 ± 1 бал. У другій групі середнє значення гемоглобіну становило $98,3 \pm 15,8$ г/л; еритроцитів - $3,27 \pm 0,74 \times 10^{12}/л$; ЧД - 30 ± 8 за хвилину; ШКГ - 8 ± 1 бал. Згідно з проведеним кореляційним аналізом, між оцінкою вибірки за шкалою RTS та показниками гемоглобіну було виявлено прямий помітний зв'язок ($r = 0,624157$; $rL = 0,446916$; $rU = 0,754247$). Між балами RTS та показниками еритроцитів також наявний прямий помітний зв'язок ($r = 0,580716$; $rL = 0,390674$; $rU = 0,723281$). Між балами RTS та ЧД спостерігається зворотній помітний зв'язок ($r = -0,57655$; $rL = -0,72028$; $rU = -0,38536$). Між балами RTS та балами за ШКГ спостерігається прямий сильний зв'язок ($r = 0,977133$; $rL = 0,962506$; $rU = 0,986094$).

Висновки: На основі отриманих результатів статистичної обробки по вибірці можна зробити висновок, що шкала RTS може бути застосована для оцінки стану постраждалих із бойовою травмою перед транспортуванням на базовому (role 0) та першому (role 1) рівні надання медичної допомоги. Ця шкала базується на оцінці свідомості, частоти дихання, артеріального тиску та пульсу, що дозволяє швидко оцінити стан поранених без використання складних методів обстеження. Однак слід зазначити, що шкала не є досконалою і не враховує травми органів черевної порожнини та грудної клітки. Тому дослідження шкал оцінки стану поранених перед транспортуванням потрібно продовжити з метою оцінки та порівняння їх ефективності.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Якимович Юлія Ігорівна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів

Українська військово-медична академія;

E-mail: homo996@gmail.com

Актуальність. На даний час пацієнти із хронічними локальними м'язовими синдромами в ділянці спини та шиї все частіше звертаються за медичною допомогою та потребують відповідної фізичної реабілітації. Основною причиною таких звернень є тимчасова втрата ними працездатності та неможливість виконання поставлених завдань. Серед людей із описаним вище синдромом переважають ті, для яких характерний міофасціальний больовий синдром (МФБС). Частка таких хворих складає понад 60%. Особливо актуальною ця проблема є в умовах сьогодення нашої держави, а саме, в умовах воєнного стану. Це насамперед пов'язано з тим, що усі військовослужбовці піддаються значному впливу фізичних та психологічних перенавантажень та переохолоджень, що призводить до негативних проявів, зокрема і до МФБС. Наявність даного синдрому нерідко стає причиною не лише зниження якості життя, але й зниження працездатності та неможливості виконання бойового завдання. Тому швидка і ефективна реабілітація таких пацієнтів стає надзвичайно важливою на даний час.

Мета. Вивчити та обґрунтувати диференційовані підходи до комплексної програми реабілітації військовослужбовців із МФБС, які перебували на лікуванні у військових

медичних закладах Міністерства оборони України та визначити можливі шляхи її покращення.

Завдання дослідження:

1. Визначення частоти вертеброгенної патології з МФБС у структурі захворюваності серед військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ), які проходили стаціонарне лікування у військових медичних закладах (ВМЗ) Міністерства оборони України (МОУ).

2. Вивчення та оцінка стану реабілітаційних (немедикаментозних) методів лікування МФБС при вертеброгенних ураженнях військовослужбовців у ВМЗ МОУ.

3. Вивчення частоти призначення та ефективності застосування реабілітаційних (немедикаментозних) методів лікування.

Матеріали та методи дослідження.

В результаті дослідження було проведено детальний аналіз медичних карт стаціонарних хворих у кількості 203, серед яких для 196-ти був підтверджений МФБС. Аналіз звітних документів та медичних карт стаціонарних хворих, що проходили лікування в неврологічних відділеннях, проведено у ВМЗ міст Києва, Ірпені, Вінниці та Івано-Франківська.

Для аналізу використовувались в першу чергу такі методи: статистично-аналітичний (для збору, опрацювання та аналізу отриманої під час дослідження інформації) та системного аналізу (з метою вивчення та проведення кількісного та якісного аналізу проблеми реабілітації військовослужбовців з міофасціальним больовим синдромом).

Результати та обговорення.

Міофасціальний больовий синдром – часта вертеброгенна патологія в структурі захворювань військовослужбовців, що перебувають у військово-медичних закладах МОУ (встановлено, що у проаналізованих ВМЗ МОУ МФБС діагностовано у понад 90% випадків хворих із хронічними локальними м'язовими синдромами в ділянці спини та шиї).

Офіцери та військовослужбовці за контрактом МОУ займають основну частку серед хворих на МФБС військовослужбовців. Також основну частку пацієнтів складають особи віком до 50-ти років. Це вказує на те, що посиленої уваги потребують військовослужбовці саме активної вікової групи.

Встановлено, що під час лікування середня кількість різних методів немедикаментозного лікування, що призначалася одному хворому, становила $3,20 \pm 0,11$ і мала незначні відмінності по досліджуваних ВМЗ.

При вивченні спектру призначень було встановлено, що найчастіше призначалися наступні методи лікування: магнітотерапія (68,9%), мануальний масаж (52,0%) та ЛФК (50,5%).

Отримано динаміку частоти призначення немедикаментозних (реабілітаційних) методів лікування військовослужбовців з МФБС, що перебували на лікуванні у ВМЗ МОУ та встановлено, що найбільшу частку серед призначених методів мають такі методи фізіотерапії: методи електролікування (в тому числі діадинамотерапія – 35,2%, магнітотерапія – 68,9% та ампліпульстерапія – 15,8%), методи механолікування (в тому числі мануальний масаж – 52,0%) та інші методи, серед яких: ЛФК (50,5%) та гідрокінезотерапія (22,5%). В той же час найбільшою ефективністю володіє комплексне лікування із використанням таких методів: магнітотерапія, ЛФК та мануальний масаж (приблизно 75,4%).

Встановлено, що варіабельність частоти призначення різних методів практично не залежала від наявності супутніх захворювань, тоді як в більшій мірі залежала від інших факторів, які впливають на протікання МФБС, а саме: ступені вираження больового синдрому та м'язового гіпертонусу, а також локалізація больових точок та встановлений діагноз згідно МКХ-10.

Висновки. Отримана інформація щодо методик реабілітації досліджуваних пацієнтів дала змогу провести структурування та аналіз призначення конкретних методів немедикаментозного лікування залежно від різних чинників (ступеня вираження больового синдрому та м'язового гіпертонусу, локалізації процесу, а також конкретного діагнозу чи

поєднання діагнозів). Також проведено визначення ефективності застосування методів фізіотерапії з використанням даних щодо тривалості лікування та періоду покращення від початку реабілітації пацієнтів. Такі результати дають змогу обрати оптимальні підходи до реабілітації військовослужбовців із МФБС

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУР ГОМІЛКОВОСТУПНЕВОГО СУГЛОБА ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Гаврецький Анатолій Іванович доцент кафедри ВЗПСМ, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, E-mail: havr1972@ukrl.net

Гирикович Ірина Анотоліївна, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Нікішин Олександр Леонідович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник інститут нейрохірургії АМНУ

Вступ. Контрактури гомілковоступневого суглоба діабетичної стопи становлять серйозну проблему в усіх країнах світу, не виключенням є і Україна[2,4,5].. Як правило дана патологія виникає частіше у пацієнтів з сільської місцевості з низьким соціальним статусом на тлі відсутності своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги[1,2,6].. Як зазначає більшість хворих, навіть при відвідуванні ендокринолога, не проводився огляд нижніх кінцівок і хворі консультувались у хірурга лише при розвитку трофічних виразок або гнійно-некротичних процесів[7].. Контрактурою суглоба у сучасній медицині називають обмеження природного обсягу рухів.

Мета дослідження. Провести аналіз особливостей характеру та розвитку специфічних контрактур у хворих з синдромом діабетичної стопи.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз літератури за останні 5 років, де представлені клінічні випадки контрактур гомілковоступневого суглоба та вторинні деформації діабетичної стопи. Проводиться відбір тематичних хворих, набрано 35 пацієнтів.

При першій стадії маніфестації діабетичної периферичної полінейропатії на тлі підвищення сенсорики і гіперрефлексії також має місце підвищення загального тону м'язів особливо в нижніх кінцівках з акцентом на периферії, тобто насамперед гомілок та стоп. В результаті має місце спочатку згинальна установка в гомілковостопному суглобі, яка згодом переростає у згинальну контрактуру. Одним із тестів її виявлення є неможливість хворого стати та пройти на п'ятках. Вторинно прогресують інші деформації та контрактури пальців стопи, оскільки йде сильне перенавантаження переднього відділу стопи (до 70%), що створює гарні передумови для швидкого прогресування поперечної плоскостопості з відповідними супроводжуваними контрактурами по типу hallux valgus згинальними деформаціями 2-4 пальців з подальшим розвитком молоткоподібної деформації стопи. В ході роботи визначаємо наявність згинальної контрактури стопи як при активних так і пасивних рухах, а також суміжної вторинної контрактури hallux valgus та їх взаємозв'язок. Хоча в українській популяції ускладнена плоскостопість теж є поширеною (до 35%).

Результати. Під час аналізу досліджень було виявлено зв'язок між формуванням контрактур гомілковостопного суглоба і розвитком специфічного гіперкератоза, а в подальшому і виразок діабетичної стопи. Так незагоєні діабетичні виразки можуть викликати стресову реакцію в організмі через збільшення кількості певних гормонів, таких як кортизол і адреналін. У печінці високий рівень кортизолу посилює глюконеогенез і знижує синтез глікогену. Ці гормони діють проти дії інсуліну і в результаті підвищується рівень глюкози крові. Гіперглікемія може діяти як через метаболічні так і гемодинамічні шляхи, залучаючи ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, опосередковує фіброз. Ще одним неменш важливим фактором є статичне розташування кінцівки. Статично розташована кінцівка, що розвиває фіброзні зміни призведе до формування контрактур в положенні іммобілізації. Таким чином тривала іммобілізація через діабетичну стопу як тригер до розвитку контрактур у пацієнтів які не рухаються. Також в деяких дослідженнях повідомлялось про внутрішні

зміни м'язової тканини які сприяють формуванню контрактур внаслідок заміни функціонуючих м'язових волокон.

Висновки. В ході роботи очікується визначення та аналіз величини первинних та вторинних контрактур гомілково суглобового суглоба та стопи та встановлення їх безпосереднього зв'язку. Також збираємось відмічати взаємозв'язок даних кутових змін суглобів стопи з вираженими гіперкератозами на конкретних ділянках перенавантаження контрактурами які вивчаються що є присутнім предиктором пресорних діабетичних виразок нижніх кінцівок.

Список літератури:

1. W. Ben Kibler, Terry R. Malone and Thomas L. Mehlhoff "Clinical Examination of the Foot and Ankle".
2. Michael S. Lee and Mark C. Drakos "The Foot and Ankle: A Comprehensive Review".
3. M. David Low and Susan A. Nunley "Foot and Ankle Disorders: An Illustrated Reference".
4. Кіровський О.О., Маркевич І.В., Трубачев В.О. Ефективність методів фізіотерапії в лікуванні контрактур гомілковоступневого суглоба. Здоров'я України. 2019. № 1 (60). С. 36-39.
5. Черняк Н.Є., Криворучко І.В. Розвиток контрактури гомілковоступневого суглоба у пацієнтів з хворобою Паркінсона. Науковий вісник НЛТУ України. 2018. Вип. 28.2. С. 96-101.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7866485/>
7. <https://www.elsevier.com/search-results?query=Diabetic%20anklefoot%20contracture&page=3>

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ТРАДИЦІЙНОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ

Дранівська Адріана Володимирівна лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів adrianadranivskaya@icloud.com.

Гаврецький Анатолій Іванович, доцент кафедри ВЗПСМ, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, Українська військово-медична академія

Гострий апендицит - це гостре неспецифічне інфекційно-запальне захворювання червоподібного відростка. В Україні та в усьому світі гострий апендицит залишається найпоширенішим захворюванням, яке потребує невідкладного хірургічного втручання.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом (гострий апендицит) екстреної, первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги МОЗ України (2016), серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ГА складає 89,1 %, займаючи перше місце в Україні. В цілому апендектомія складає біля 20-30% від всіх операцій. Частка пацієнтів, госпіталізованих пізніше 24 годин з початку захворювання, становить від 4,9 до 31,2 % і складає 20,9 % в середньому по країні [2].

Клінічні ознаки		Кількість пацієнтів (n=150)	
		Лапароскопічна (n=70)	Відкрита (n=80)
Больовий синдром	Переймоподібний	65 (92,8%)	58 (72,5%)
	Постійний середньої інтенсивності (ріжучого характеру)	3 (4,3%)	14 (17,5%)
	Наростаючий (низької інтенсивності, ниючого характеру)	2 (2,9%)	8 (10,0%)

Саме хірургічний метод лікування в сучасній абдомінальній хірургії є основними у відношенні хворих на гостру патологію червоподібного відростка. В даний час для видалення червоподібного відростка застосовують відкриту та лапароскопічну апендектомії [1]. Основним і найчастішим ускладненням операції за багатьма даними, і нашим дослідженням включно, виступає больовий синдром, тому напрацювання в даному напрямку є актуальними.

В аналізі взяли участь 150 пацієнтів хірургічного відділення ГВМКЦ (ЦКГ) ДПСУ, 70 з яких було прооперовано лапароскопічним методом, 80 – за допомогою відкритої апендектомії. Тривалість спостереження – від перших дні післяопераційного періоду до 3 років від моменту операції.

Ми встановили, що больовий синдром був у всіх (100%) без виключення пацієнтів.

У хворих з лапароскопічною апендектомією (n=70) біль носив типовий переймоподібний характер в 65 (92,8%) випадках. У 3 (4,3%) пацієнтів біль був постійним, гострим і, практично, незмінним за інтенсивністю. Двоє (2,8%) хворих відзначали поступово наростаючий біль без чіткої локалізації.

Хворі після відкритої лапароскопії (n=80) після операції скаржилися на переймоподібний біль в 58 (72,5%) випадків, постійний біль був у 15 (17,5%) пацієнтів. При відкритій апендектомії больовий синдром постійного і наростаючого характеру був значно вищий (10%), ніж при лапароскопічній апендектомії (2,9%). В той час як у післяопераційному періоді при лапароскопічній апендектомії переважав переймоподібний біль (92,8%).

Список літератури

1. The BASE-FIRST technique in laparoscopic appendectomy / G. Piccinni et al. J Minim Access Surg. 2017. Vol. 8. № 1. P. 6–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267335/>
2. НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги). За редакцією академіка НАН та НАМН України, професора Фоміна П.Д., члена-кореспондента НАМН України, професора Усенко О.Ю., професора Березницького Я.С. — 2018 — № 72. — P. 33-68. <https://repo.dma.dp.ua/4219/1/Dovidnik-Nevidkladna-Hirurgiya-.pdf>
3. Delibegovic S. Acute Appendicitis: Diagnosis and Treatment with Special Attention to a Laparoscopic Approach. Emerg. Med. 2015. Vol. 5. Iss. 3. https://www.researchgate.net/publication/362691463_Acute_Appendicitis_Diagnosis_and_Treatment_with_Special_Attention_to_a_Laparoscopic_Approach
4. Cash C., Frazee R. Improvements in laparoscopic treatment for complicated appendicitis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012. Vol. 22. № 6. P. 581–583.
5. Carus T. Single-port technique in laparoscopic surgery / T. Carus // Chirurg. — 2010. — № 81. — P. 431-439.

ДИСПЕПТИЧНІ ЯВИЩА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ АПЕНДЕКТОМІЇ

Дранівська Адріана Володимирівна лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів² adrianadranivskaya@icloud.com.

Гаврецький Анатолій Іванович доцент кафедри ВЗПСМ, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, Українська військово-медична академія

Незважаючи на застосування сучасного місцевого і загального знеболення, своєчасність операцій і використання антибіотиків останніх поколінь, частота післяопераційних ускладнень при гострому апендициті залишається високою. Порушення функцій травного тракту є частим наслідком оперативних втручань, відоме як синдром ентеральної недостатності.

Зміни збоку ШКТ виникають внаслідок порушення моторики травної трубки, внутрішньопросвітного і пристінкового травлення, порушення абсорбції поживних речовин,

виникнення феномену бактеріальної транслокації. Ці процеси є наслідком змін нейрогуморальної регуляції, системної дисциркуляції в поєднанні з запаленням, що розвиваються як наслідок на операційну травму.

Великий вплив на порушення перистальтики має симпатична нервова система. Це у своїх дослідженнях підтвердив W. Bayliss та E. Starling ще у 1899 році. Дослідники показали, що абляція nn. splanchnici може підвищувати моторну активність кишечника [2].

Хірургічні маніпуляції супроводжуються порушенням нормальної базальної електричної активності гладких клітин шлунка і тонкої кишки. Єдиним стимулом перистальтичних скорочень кишечника у післяопераційному періоді у пацієнтів, які не отримують ентерального харчування, залишається моторний комплекс, що мігрує. Тому голодування в післяопераційному періоді закономірно тягне за собою наявність мінімальної перистальтичної активності кишечника.

Засоби для наркозу можуть дуже варіабельно впливати на активність моторного комплексу. Як пригнічувати, так і збуджувати його. Розсічення парієтальної очеревини значно знижує моторику. Внаслідок операційної травми також порушуються всі три види електричної активності товстого кишечника [1].

У 2003 році О.П. Симоненків та співавтори представили патогенетичну концепцію серотонінової недостатності. Згідно з нею, дисфункція гладкої мускулатури, що виникла в результаті порушення взаємодії серотоніну з його рецепторами, веде до порушення ендогенної вазомоторики, порушення мікроциркуляції, виникнення локальної та регіональної гіпоксії, пошкодження і некрозу тканин.

В аналізі взяли участь 150 пацієнтів хірургічного відділення ГВМКЦ (ЦКГ) ДПСУ, 70 з яких було прооперовано лапароскопічним методом, 80 – за допомогою відкритої апендектомії. Тривалість спостереження – від перших днів післяопераційного періоду до 3 років від моменту операції.

Явища	Лапароскопічна апендектомія	Відкрита апендектомія
Здуття та асиметрія животу	70 (100%)	80 (100%)
Затримка стільця	70 (100%)	76 (95%)
Багатократний стілець (перша доба)	15 (21,5%)	5 (7,0%)

Ми встановили, що патогномічними симптомами після апендектомії є здуття і асиметрія живота. У всіх пацієнтів (100%) як з лапароскопічною (n=70), так із відкритою (n=80) апендектомією, у перші 3 дні живіт був роздутий і асиметричний. Проблеми зі стільцем починаються в перші кілька днів після операції, та при дотриманні нормального способу життя та виконанні усіх рекомендацій, проходять через 7-10 днів. У першу добу, на тлі компенсаторного посилення перистальтики у 20 (13%) хворих з загальної вибірки був багаторазовий рідкий стілець.

Відсоткова частка даного симптому після лапароскопічної операції дещо більша – 21,5%, що вважається притаманною для малоінвазивних втручань позитивною рисою покращення стану, тоді як після відкритої апендектомії складає лише 7,0%, і супроводжується зниженням перистальтики і шумом плескоту при одночасній пальпації і аускультатії. Також мала місце значно більша болючість в ділянках швів при виконанні сучасних рекомендацій щодо ведення цих хворих, а саме - ранньої вертикалізації хворого для комплексної профілактики спайкового синдрому.

Список літератури

1. Ferranti, F., Corona, F., Siani, L.M., Stefanuto, A., Aguzzi, D., & Santoro, E. (2017). Laparoscopic versus open appendectomy for the treatment of complicated appendicitis. *G.Chir.*, 33(8–9), 263–267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23017285/>
2. Bennett J, Boddy A, Rhodes M: Choice of approach for appendicectomy: a meta-analysis of open versus laparoscopic appendicectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2018, 17: 245-255.
3. Bregendahl, S., Nørgaard, M., Laurberg, S., & Jepsen, P. (2013). Risk of complications and 30-day mortality after laparoscopic and open appendectomy in a Danish region, 1998-2007; a population-based study of 18426 patients. *Pol. Przegl. Chir.*, 7, 395-400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23945117/>
4. Andersson, M.N. Causes of short-term mortality after appendectomy. A population-based case-controlled study/M.N. Andersson, R.E. Andersson // *Annals of Surgery.*- 2011.-Т.1.- N254.-P.103-107.

ОЦІНКА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЯКІ НА КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Ткаленко Олександр Миколайович, к.мед.н., заступник начальника кафедри військової загальної практики-сімейної медицини факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, lzrvps@ukr.net

Волощук Євгеній Володимирович, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Ефективне лікування кислотозалежних захворювань (гастроезофагально рефлюксної хвороби, хронічного гастриту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки) у військовослужбовців значною мірою залежить від виконання ними рекомендацій лікарів щодо здорового способу життя [1, 2, 3].

Мета роботи: дослідити виконання вимог здорового способу життя військовослужбовцями, які на кислотозалежні захворювання.

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено анкетне опитування 85 військовослужбовців, хворих на хронічний хелікобактерний гастрит.

Результати. Результати дослідження показали, що 92,5% опитаних вважають, що основну відповідальність за стан їхнього здоров'я несуть вони особисто, 5,0% – медичні працівники, 2,5% – командування. Виконання рекомендацій щодо здорового способу життя більшість (73,3%) оцінили на задовільно 23,2% – на добре і тільки 3,5% – на відмінно (за п'ятибальною шкалою). Недотримання вимог здорового способу життя 42,7% опитаних пов'язують зі звичкою, 35,0% – з матеріальними труднощами, 11,6% – з відсутністю мотивацій та 10,7% – з відсутністю достатніх знань. Визначено, що 12,0% військовослужбовців ніколи не курили, 73,3% – курять та 14,7% – курили в минулому. Лише 33,7% респондентів зазначили, що дотримуються режиму харчування, 19,1% вважають своє харчування збалансованим та раціональним, 4,8% дотримується дієтичного харчування. Три-, чотириразового харчування дотримується 52,6% , 2-3 рази на день харчується 23,4% та 1-2 рази на день – 24,0%. Аналіз даних добового споживання військовослужбовцями овочів та фруктів дозволив встановити, що понад 400 г цих корисних продуктів щоденно споживає лише 4,2% респондентів в 1-й групі; 200–400 г – 20,0%. Більше половини опитаних респондентів (60,0%) щоденно споживає 100–200 г овочів та фруктів. Ще 15,8% в 1-й групі споживає менше 100 г овочів та фруктів протягом дня. Необхідно відзначити, що виявлений нами нераціональний режим харчування (нерегулярне харчування, основний прийом їжі у вечірні години) та нераціональний склад добового раціону (надмірне вживання жирної, жареної їжі, гострих,

солених продуктів, та недостатнє вживання овочів та фруктів) відповідають харчовим уподобанням більшості населення України [1].

Висновок. Результати дослідження обґрунтовують необхідність підвищення поінформованості військовослужбовців щодо виконання вимог здорового способу життя, ефективного лікування та профілактики загострень кислотозалежних захворювань.

Список літератури

1. Г. Д. Фадєєнко, О. В. Швець, Л. Морейра, О. П. Ніссен, Ф. Мегро, та інші. Сучасний стан лікування інфекції *H. pylori* в Україні: результати Європейського реєстру лікування *Helicobacter pylori* (Hp-EuReg). *Сучасна гастроентерологія*. – 2022. No. 3–4. С. 5-13.
2. Mladenova I. *Helicobacter pylori* and cardiovascular disease: Update 2019 // *Minerva Cardioangiol.* – 2019. – Vol. 67. – P. 425 – 432. doi: 10.23736/S0026-4725.19.04986-7.
3. Mladenova I. Clinical relevance of *Helicobacter pylori* infection // *J. Clin. Med-* 2021. — Vol. 10 (16). – 3473. Published online 2021 Aug 6. doi: 10.3390/jcm10163473.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Ткаленко Олександр Миколайович, к.мед.н., заступник начальника кафедри військової загальної практики-сімейної медицини факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, lzrvps@ukr.net

Ковалик Тарас Степанович слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Вступ. Проблема виявлення та лікування тривоги та депресії є актуальною не лише для психіатрії, але й загалом для медицини. За останні 40 років у більшості країн простежується неухильне зростання тривожно-депресивних розладів. Відомо, що частота виникнення цих розладів, у хворих із соматичною патологією у кілька разів вище, ніж в популяції в цілому. Так, на депресивні та тривожні розлади в популяції страждає 8% та 6% відсотків відповідно, то у соматичних хворих ці цифри сягають 20% та 15% [1].

Щодо військовослужбовців, то наукові дослідження засвідчили зростання частоти виявлення психопатологічних проявів, що обумовлено специфічними впливами численних факторів службового та соціального стресу, високими емоційними і фізичними навантаженнями, які призводять до формування даної патології або декомпенсації розладів, які існували раніше [2, 3].

Мета роботи: оптимізація надання допомоги хворим із тривожно-депресивними розладами шляхом комплексного вивчення їх поширеності, структури, впливу на перебіг соматичного захворювання.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 120 військовослужбовців із функціональною диспепсією. Вік пацієнтів коливався від 19 до 45 років, середній вік становив $(32,6 \pm 2,3)$ року. Психологічне обстеження хворих включало індивідуальну бесіду і психодіагностичне тестування за допомогою опитувальників, що допускають кількісну оцінку досліджуваних ознак.

Результати. За даними Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (ММРІ), зміни особливостей особистості виявлені у 56,4% пацієнтів. Найбільш значимими з них були депресія (33,3%), іпохондрія (23,3%) та психастенія (10,0%). При оцінці усереднених профілів ММРІ було відзначено, що профіль хворих із сильною або дуже сильною печією розміщувався вірогідно вище, ніж у хворих зі слабкою або помірною вираженістю цього симптому. У хворих із сильною або дуже сильною печією частіше спостерігалися іпохондричний синдром ($p = 0,03$), депресивні тенденції ($p = 0,05$), конверсія ($p = 0,04$) і психастенія ($p = 0,03$). При дослідженні рівня тривожності в обстежених хворих відмічено, що низький її рівень, тобто фізіологічна норма, мав місце в 20% о пацієнтів, при цьому в більшості

досліджених спостерігався високий (62,2 %) і дуже високий (17,8%) рівень тривожності, що проявлялася внутрішнім напруженням, сильною стурбованістю, підвищеною пітливістю, деякі хворі відмічали часте сечовиділення. Середній рівень тривожності у хворих становив $(30,50 \pm 3,99)$ бала.

Дослідження депресивного синдрому показали, що наявність депресії відзначена майже у половини (51,2%) пацієнтів із функціональною диспепсією, але характерно, що за рівнем вираженості переважала слабо (48,9%) і помірно виражена депресивність (15,6%); середній рівень депресії становив $(17,67 \pm 2,77)$ бала.

Висновок. Таким чином, встановлено, що частота виявлення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із функціональною диспепсією висока, але за інтенсивністю тривожність значно перевищує вираженість депресивного синдрому.

Список літератури

1. Савицький В.Л., Ткаленко О.М., Латишенко С.В., Косянчук А.С. Коморбідні тривожні та депресивні розлади у військовослужбовців у загальномедичній практиці. *Проблеми військової охорони здоров'я*: зб. наук. пр. Української військ.-мед. академії. Київ, 2017. № 47. Т 2. С. 242–248

2. Мороз Г. З., Огороднійчук І. В., Бичкова С. А., Романенко, В. С. Ішемічна хвороба серця та коморбідні захворювання у військовослужбовців (за матеріалами військово-лікарської комісії). *Український журнал військової медицини*. 2022. No 3(4). С. 86-92. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-086](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-086)

3. Ткаленко О.М. Психопатологічні прояви в учасників бойових дій та сучасні підходи до їх корекції. 3rd International Scientific and Practical Internet Conference "Russia-Ukraine War: Consequences for the World" Dnipro, Ukraine, 2023. International Electronic Scientific and Practical Journal "WayScience". С. 128-129 URL: <http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2023/03/Conference-Proceedings-March-2-3-2023-2.pdf>

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Каяфа Дмитро Валерійович., слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ, Dkayafa6655@gmail.com

Ткаленко Олександр Миколайович, к.мед.н., заступник начальника кафедри військової загальної практики-сімейної медицини факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія

Вступ. Ерозивні та виразкові захворювання гастродуоденальної зони займають одну з ключових позицій у загальній структурі патології внутрішніх органів у військовослужбовців. Незважаючи на сучасні досягнення медичної науки, їх кількість не зменшується. Навпаки, ерозивні та виразкові пошкодження шлунку у військовослужбовців мають тенденцію до зростання [1]. Незважаючи на успішні заходи щодо зменшення поширення інфекції *H.pylori*, яка є основною причиною ерозивно-виразкових захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), лікування таких захворювань часто не призводить до бажаного ефекту. Причиною цього може бути зростання антибіотикорезистентності до окремих препаратів, що входять у схеми антигелікобактерної терапії, а також зростання частоти медикаментозно- та стрес-індукованих ушкоджень слизової шлунку та ДПК [2]. Одна з актуальних проблем сучасної медицини – підвищення ефективності лікування виразкової хвороби та профілактика рецидивів захворювання. Виразкова хвороба шлунка (ВХШ) є актуальною проблемою у ЗСУ і потребує удосконалення медичного забезпечення військовослужбовців, яке повинно відповідати реальним потребам лікувально-діагностичного процесу та враховувати соціальні та економічні аспекти [3].

Мета роботи: дослідити особливості протікання, діагностики і лікування ВХШ у військовослужбовців.

Матеріали і методи. Аналіз відкритих наукових джерел, в яких міститься інформація про виразкову хворобу шлунка та ДПК у військовослужбовців і цивільного населення. Робота з архівними документами (медична картка стаціонарного хворого, інша медична документація) в архіві ВМКЦ ЦР. При проведенні досліджень хворі з ВХШ було розподілено на три групи за наявності супутньої хвороби гастродуоденального відділу. Перша група – ВХШ в поєднанні з ГЕРХ, друга група – тільки ВХШ, третя група – ВХШ в поєднанні з виразкою ДПК.

Результати. Провівши аналіз хворих за віком в даних групах ми побачили, що з I групи значно більше хворих віком 31-40 років - 69%, та віком 41-50 років – 48%. Тоді як в II групі хворі віком 31-40 років - 7%, а віком 41-50 років – 22%, а в III групі хворі віком 31-40 років - 24%, а віком 41-50 років – 30%. У II групі ми спостерігали більше хворих віком 51-61 років – 63%, та віком 60 і більше років – 81%. Тоді як I група віком 51-61 років – 22%, та віком 60 і більше років – 11%, а III група віком 51-61 років – 15%, та віком 60 і більше років – 8%. В III групі хворих військовослужбовців, більше хворих віком 18-30 років – 76%. Тоді як в I групі віком 18-30 років – 19%, а в II групі – 5%. Серед всіх військовослужбовців в яких була виявлена виразка шлунка був проведений швидкий уреазний тест. Згідно результатів швидкого уреазного тесту в 84% військовослужбовців був виявлений *H. Pylori*, а в 16% тест не підтвердився. В I групі тест позитивний у 74%, в II групі у 85%, в III групі у 94%.

При дослідженні локалізації виразки шлунку в різних вікових групах військовослужбовців були відзначені такі особливості: в осіб віком 31-40 років переважає локалізація виразки шлунка в області кута шлунка – 62%, антрального відділу – 25%, пілоричного відділу – 13%. У хворих віком 31- 40 років також переважає локалізація виразки шлунка в області кута шлунка – у 59%, антрального відділу – у 23%, пілоричного відділу – у 12%. В хворих віком 41-50 років виразка шлунка частіше локалізується в області кута шлунка - у 31%, тіла шлунка – у 21%, пілоричного відділу – у 21%. В осіб віком 51-60 років частіше зустрічається виразка кардіального відділу шлунка – у 25% та виразка тіла шлунка – у 25%. В 60 і більше років переважає локалізація виразки шлунка в області кардіального відділу – у 32%, також в області кута шлунка – у 32% хворих, та в області тіла шлунка - у 32%.

Аналіз розмірів виразкових дефектів показав наступні відмінності: в осіб віком 31-40 років частіше зустрічаються малі виразки – у 71% хворих та середні виразки шлунка – у 21% хворих, рідше спостерігаються великі виразки – у 8% пацієнтів, та не зустрічались гігантські виразки. У хворих віком 31- 40 років також переважають малі виразки – у 62% хворих та середні виразки – у 26% хворих, великі виразки зустрічаються у 8% хворих, гігантські - у 4% пацієнтів. В хворих віком 41-50 років переважають середнього розміру виразки – у 45% хворих та малі виразки – у 32% хворих, великі виразки зустрічаються у 16% хворих, гігантські - у 13% пацієнтів. У осіб віком 51-60 років переважають середні виразки у 30% хворих, та дещо рідше великі виразки – у 27% хворих, малі та гігантські зустрічаються – у 22% та 20% відповідно. В 60 і більше років частіше зустрічаються великі та гігантські виразки – у 35 та 30% хворих відповідно. Дещо рідше зустрічаються середні виразки - у 25% хворих. Малі виразки зустрічаються дуже рідко – у 10% хворих.

За даними історій хвороб 130 військовослужбовців, що мають ВХШ, ускладнення зустрічалось в 21 хворого (16%). Основним ускладнення було ШКК – у 12 хворих (9,2%), друге місце займає перфорація виразки шлунка – у 5 хворих (3,8%), стеноз у 3 хворих (2,3%) аденокарцинома у 1 хворого (0.8%).

При аналізі виникнення частоти ускладнення ВХШ у трьох групах хворих показав, що найчастіше зустрічається ШКК, але найчастіше в III групі – у 5 хворих (13,5%). Також, тільки в III групі хворих зустрічався стеноз пілоричного відділу шлунка – у 3 хворих (8,1%). В II групі хворих, що мають тільки ВХШ, спостерігається більша частота перфорації виразки – у 3 хворих (6,4%), та тільки в цій групі діагностована при гістологічному дослідженні малігнізація виразки шлунка – у 1 хворих (2,1%). В I групі хворих зустрічалось тільки два ускладнення, а саме ШКК – у 3 хворих (6,5%), та перфорація виразки – у 1 хворого (2,2%).

При вивченні історій хвороб пацієнтів з ВХШ було відмічено, що хворі віком 18-30 років, в більшій кількості випадків проводилось медикаментозне лікування – у 94% хворих, а 6%

пацієнтам необхідне було оперативне лікування у зв'язку з ускладненням ВХШ. В хворих віком 31-40 років медикаментозне лікування проводилось 92% хворих, а оперативне лікування було необхідне для 8% хворих. В хворих віком 41-50 років медикаментозне лікування проводилось 87% хворих, а оперативне лікування було необхідне для 13% хворих. В хворих віком 51-61 років медикаментозне лікування проводилось 76% хворих, а оперативне лікування було необхідне для 24% хворих. В 60 років і старше медикаментозне лікування проводилось 80% хворих, а оперативне лікування було необхідне для 20% хворих. Через значно більшу кількість ускладнень в старшій середній віковій групі і в похилому віці, цим хворим частіше проводилось оперативне лікування чим іншим віковим групам.

Висновки.

1. Встановлено, що виразка шлунка в поєднанні з виразкою ДПК в більшості зустрічається в хворих 18-30 років, наявність тільки виразкою шлунка частіше зустрічається в хворих віком 51 і старше, а виразка шлунка в поєднанні з ГЕРХ зустрічається частіше в хворих віком 31-40 років. У значній кількості військовослужбовців трьох груп був виявлений *H. Pylori*, але найчастіше в групі хворих з поєднаною виразкою шлунка і ДПК.

2. В більшості військовослужбовців основна локалізація виразки знаходиться в області кута шлунка. А розміри виразки шлунка зазвичай збільшуються зі зростанням віку хворого, що вочевидь пов'язано з тривалістю анамнезу і зниженням стійкості слизової оболонки шлунка до шлункової кислоти. У пацієнтів віком 18-40 років переважають виразки шлунка малого розміру, з переважною локалізацією в області кута і антрального відділу шлунка. В хворих віком 41-50 років переважають виразки шлунка середнього і малого розміру, з переважною локалізацією в області кута і тіла шлунка. У хворих віком 51-60 років виразки шлунка мають переважно середнього та великого розміру і локалізовані часто в тілі і в кардіальному відділі шлунка. В військовослужбовців віком 60 і старше однаково часто зустрічаються виразки в області тіла, кардіального відділу та кута шлунка і мають переважно великі і дещо менше гігантські розміри.

3. Найчастіше ускладнення реєструється у хворих віком 50 і старше років, тому саме ці хворі частіше інших отримують оперативне лікування, а молодші хворі в більшості випадків отримують консервативну терапію..

Список літератури

1. Осьодло Г.В., Котик Ю.Я., & Слободяник В.П. (2021). Особливості змін слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки у військовослужбовців - пацієнтів хірургічного профілю. *Український журнал військової медицини*, 2(4), 113-120. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4\(2\)-113](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-113)
2. Г.В. Осьодло, О.В. Циц, С.М. Прокопчук, Ю.Я. Котик, В.В. Осьодло. Ерозивно-виразкові захворювання гастродуоденальної зони у військовослужбовців: клінічні: клінічні та фармакоеконімічні аспекти *UKRAINIAN JOURNAL OF MILITARY MEDICINE* 2022, С.51-59.
3. Бойчак М.П., Осьодло Г.В. Терапевтичні аспекти війни на Сході України: монографія. Київ: Видавництво Людмила, 2020. 320 с.
4. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022; (71):1724–1762.

КЛІНІКО-ПАТОГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ

Давиденко Андрій Олексійович, лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів .

Федорич Павло Володимирович.д.мед.н, доцент, професор кафедри ВЗП-СМ
Українська військово-медична академія

Вступ. В останні роки у зв'язку з соціально-екологічними та економічними умовами спостерігається високий рівень захворюваності на злоякісні новоутворення шкіри, що

ставити їх в ряд найважливіших проблем сучасної медицини [2, 6]. Особливе місце займає базальноклітинний рак шкіри, на долю якого приходиться 65-85% усіх злоякісних новоутворень шкіри. Тому, високі показники захворюваності на базальноклітинний рак шкіри реєструються по всьому світі [3, 5]. Однією із пріоритетних задач дерматоонкології на сучасному етапі є вивчення клініко-патогістологічних ознак та особливостей базальноклітинного раку шкіри, а також його регіональних особливостей. Незважаючи на наявні дослідження, проблема поширення базальноклітинного раку шкіри серед військовослужбовців України потребує подальшого детального вивчення та пошуку нових підходів до реалізації поставлених завдань в умовах практичної діяльності лікувально-діагностичних медичних закладів, що й зумовлює актуальність вибраної теми магістерської роботи.

Базальноклітинний рак шкіри – найбільш доброякісний вид шкірних новоутворень, проте у ряді випадків при довготривалому перебігу і відсутності лікування можлива значна локальна деструкція і деформація підлеглих тканин [1, 4], що й зумовлює важливість раннього діагностування та вчасного лікування даної патології

Мета роботи. Вивчення захворюваності та клініко-патогістологічних ознак базальноклітинного раку шкіри в Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону України.

Матеріали та методи. Дослідження виконувались за участю військовослужбовців та хворих ВМКЦ ЦР (32 пацієнта) у віці від 43 до 81 років. Методи дослідження включали: теоретичний аналіз, порівняння, класифікація та узагальнення наукових положень, наукової, медичної і методичної літератури з проблеми, що дало змогу сформулювати концептуальні підходи до проблеми, визначити поняттєво-категоріальний апарат та основні науково-теоретичні положення. Також емпіричні методи: діагностичні, обсерваційні, статистичні та графічні дослідження.

Результати дослідження. Захворюваність на БКРШ в межах м. Вінниці характеризується стабільно високим рівнем – середній показник складає 39,6‰ на 100 тис. населення. Динаміка захворюваності на БКРШ описується нерівномірним розподіленням по роках: її показники коливалися від 32,4‰ на 100 тис. населення у 2020 році (мінімальний показник), до 45,86‰ на 100 тис. населення у 2021 році (максимальний показник). Провівши аналіз епідеміологічних особливостей БКРШ, була виявлена статистично достовірна тенденція до стабілізування захворюваності.

Також в ході дослідно-пошукової роботи нами була підтверджена залежність між показниками захворюваності на БКРШ та статтю пацієнтів. А тому, серед 32 оглянутих пацієнтів із БКРШ жінки склали 12,5%, що дорівнювало 4 особам, чоловіки – 87,5% відповідно. Таким чином, характерною особливістю для дослідження захворюваності БКРШ було явне превалювання чоловіків серед обраної вибірки.

Отримані дані підтверджують, що надлишкова інсоляція та УФ випромінювання – це основний фактор розвитку БКРШ типової локалізації, проте дія різних канцерогенів та тривала хронічна травматизація – є вагомим чинником у комплексному патогенезі БКРШ нетипової локалізації. Проте, варто все ж зазначити, що місцевий вплив канцерогенів та хронічна травматизація поступається дії УФ випромінювання. Також наведене дослідження свідчить на користь достовірності факту, що БКРШ найчастіше вражає відкриті ділянки шкірного покриву, а саме шкіру обличчя, тоді як шкіра тулуба та кінцівок є рідшим місцем розташування злоякісного новоутворення.

Висновки:

1. Базальноклітинний рак шкіри (БКРШ) – це найчастіша немеланомна пухлина шкіри – 70-75% серед усіх злоякісних новоутворень шкіри. Типовою локалізацією є відкриті ділянки шкірного покриву, переважно шкіри голови, рідше тулуб, кінцівки, статеві органи і періанальна область.

2. Серед обстежених пацієнтів із зареєстрованими злоякісними епідермальними новоутвореннями, частка БКРШ є досить високою – 73%. Даний показник перевищує верхню межу середньостатистичної захворюваності на 3%.

3. При вивченні результатів ІГХ дослідження аналізувалися показники маркерів епітеліїв – цитокератини широкого спектру. Це різновиди білків проміжних філаментів епітеліоцитів, які відповідають різним типам епітелію. У медицині це відіграє важливе діагностичне значення, так як допомагає визначити належність досліджуваного матеріалу до певного виду епітелію. У нашому випадку це надзвичайно важливо у процесі якісної ідентифікації пухлини, тому що цитокератини не змінюються навіть при глибокій онкотрансформації.

4. Основним напрямками спрямованими для покращення моделі санітарно-гігієнічного забезпечення є: систематичний та ефективний облік та аналіз захворюваності на хвороби шкіри та підшкірної клітковини у військових частинах; посилений контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних правил та норм зміщуючи акцент на недоліки причини та фактори, що призводять до захворювань шкіри та підшкірної клітковини; зміцнювати фізичний стан особового складу з урахуванням допустимих навантажень та розпорядку дня в частині; забезпечувати цілісність ланцюга лікар медичного пункту – лікар дерматовенеролог – дерматовенерологічний стаціонар; проведення санітарно-просвітницької роботи серед особового складу.

Список літератури:

1. Клінічна онкологія: навч. посібник / В. А. Коссе та ін.; за ред. проф.. В.А. Коссе, д-ра мед. наук І.М. Бондаренко. Дніпропетровськ: Арт-Пресс, 2002. 240 с.

2. Онкологія: підручник / Г.В. Бондар, А.І. Шевченко, І.Й. Галайчук, Ю.В. Думанський та ін. — 2-е видання Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019. 304 с.

3. Онкологія // Шевченко А. І., Колесник О. П., Шевченко Н. Ф. та ін. «Нова Книга», Київ, 2020. 35 с.

4. Пухлини. Етіологія, патогенез. Доброякісні і злоякісні пухлини. Гістогенетична, морфологічна, клінічна і міжнародна (TNM) класифікації. Клінічні групи онкологічних хворих. Клінічні прояви. Методи діагностики. Принципи лікування. Харків, ХНМУ, 2020.

5. Рак шкіри (немаломні різновиди): посібник для студентів 5-х та 6-х курсів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів та лікарів-інтернів. Бондаренко І.М., Асеев О.І., Завізіон В.Ф., Артеменок М.В. Дніпропетровськ, 2011. 58с.

6. Сімейна медицина: у 3 кн.: підручник. Книга 3. Спеціальна частина. Поліпрофільність загальної лікарської практики: підручник (ВНЗ IV р. а.) / Л.С. Бабінець, О.М. Барна, С.А. Бондар та ін. К.: ВСВ «Медицина», 2017. 680 с.

STATUS OF ILLNESS FOR Covid-19 AMONG MILITARY PERSONNEL OF THE VINNYTSIA GARRISON

Yelyzaveta Volodymyrivna Zakharina Ukrainian Military Medical Academy
zakharinaliza@gmail.com

Gregorii Ivanovich Galchenko, senior teacher of the Department of Military General Practice of Family Medicine, Ukrainian Military Medical Academy gi-galchenko@ukr.net

Actuality: The COVID-19 pandemic is recognized as an emergency in the field of international health care and required the introduction of appropriate measures to combat this infection, which were successfully implemented in the period from 2020-2023.^[1] The incidence, prevalence and mortality of this infection is also of great importance in the system of the Armed Forces of Ukraine, since this infection spread surprisingly quickly among military personnel, especially when they were in barracks and during the performance of international missions by military personnel.^[2]

The main purpose of this work was to conduct an analysis of the course of this disease in different categories of servicemen who were treated in the infectious department of the Medical

Center of the CR, Vinnytsia for the period from 2020-2022, to determine the quality and completeness of the provision of medical care to servicemen both at the pre-hospital and hospital stage and developing ways to prevent morbidity and prevalence among military personnel.

Research results: In the course of the conducted preliminary analysis, it was established that: in 2020, among the contingent of military personnel who underwent treatment for Covid-19, - 15% - military officers, 75% - military officers and privates, and 10% - pensioners MDU. Of them: 15% of women. Among the causes of this disease: 80% - during service, and 20% in other circumstances. Almost 100% of sick servicemen were not vaccinated. As for the course of the disease, the following trend was noted: 15% of patients had a mild degree, 80% had an average degree of severity, and 5% had an extremely severe degree of severity of this disease. Fatalities were observed in 5%. It is also important to note that among them, complications were detected in 85% of patients in the form of community-acquired pneumonia with varying degrees of LN. Concomitant diseases were present in 50% of cases. At the stage of the initial examination, 95% of patients had a positive PCR RNA result of the Sars-Cov-2 (Covid-19) virus, and only 5% had signs of the transferred disease with subsequent determination of the virus antigen. The need for additional treatment and rehabilitation arose in 10% of patients on the basis of the sanatorium resort department and intensive care wards of the Central Medical Center of the CR.

Already in 2021, the following dynamics were observed: among military personnel who were sick with Covid-19, 25% were military personnel, 60% were senior and private military personnel, and 15% were pensioners of the Ministry of Defence of Ukraine. Of them: 30% of women and 70% of men. Among the causes of the occurrence of this disease: 50% - during the passage of IV and 50% in other circumstances. Almost 40% of patients were not vaccinated, in particular because the first vaccination was carried out in September 2021.

The course of the disease is presented in these contingents of patients: 70% - medium degree, 30% severe degree of severity. Fatalities were noted in 10% of patients. It is important to note that among them, complications were detected in 100% of cases in the form of community-acquired pneumonia with varying degrees of LN. Concomitant diseases occurred in 70% of cases. At the stage of the initial examination, 85% of patients had a positive result of PCR RNA of the Sars-Cov-2 (Covid-19) virus, and only 15% showed signs of the transferred disease with subsequent determination of the virus antigen. About 85% of patients needed additional treatment and rehabilitation based on sanatorium treatment and other departments (family doctors).

According to the data of 2022: 15% - officers, 70% - senior and rank-and-file military personnel and 15% - pensioners of the Ministry of Defence of Ukraine. Of them: 15% of women. Ill: 60% - during the military service and 40% under other circumstances. 80% of patients were vaccinated, 20% of patients have no vaccination data. Course: 70% had a mild course, 25% had an average course, 5% had a severe course. It is important to note that 25% of patients had complications in the form of community-acquired pneumonia. Concomitant diseases occur in 40% of cases.

At the stage of the initial examination, 90% of patients had a positive result of RNA PCR of the Sars-Cov-2 (Covid-19) virus, and only 10% showed signs of the transferred disease with subsequent determination of the antigen of the virus. 25% of patients needed additional treatment and rehabilitation based on sanatorium treatment and other departments (family doctors).

Conclusion: the Sars-Cov-2 (Covid-19) pandemic once again showed humanity's unpreparedness to fight a new infection. To overcome the unknown disease, the efforts of doctors in all over the world and in Ukraine were directed, they received an impetus to improve the system of combating infections on a global scale, eliminate shortcomings and find new ways in the diagnosis and treatment of unknown pathogens. And since the Armed Forces of Ukraine are an integral part of the entire population of Ukraine and are responsible for the security of the state, and the level and prevalence of infectious diseases can affect combat capability, therefore ways of overcoming and preventing infectious diseases are of extreme importance.

The epidemiological indicators of COVID-19 determined during the study (incidence, mortality, age structure among servicemen and employees of the Armed Forces of Ukraine) are a

clear reflection of the general epidemic situation in the Armed Forces of Ukraine and encourage the further search for ways of both prevention and improvement of the provision of medical care to servicemen of the Armed Forces of Ukraine.^[3]

References:

1. World health organization - https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
2. ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF ARVI AND COVID 19 AMONG PERSONNEL OF DETACHED MILITARY UNIT FOR 2020-2022 - <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/4504/1/%D0%A3%D0%BA%D1%80.%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA.%D0%BC%D0%B5%D0%B4.pdf#page=55>
3. Узагальнення досвіду медичної служби Збройних Сил України щодо боротьби з пандемією Covid-19 - <http://lib.inmeds.com.ua:8080/bitstream/lib/4174/1/25-137-PB.pdf#page=33>
4. SUMMARIZING THE EXPERIENCE OF THE MEDICAL SERVICE OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE REGARDING COMBAT WITH THE COVID-19 PANDEMIC IN 2020-2021- <http://lib.inmeds.com.ua:8080/bitstream/lib/4174/1/25-137-PB.pdf#page=33>

СТАН ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА Covid-19 У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВІННИЦЬКОГО ГАРНІЗОНУ

Гальченко Григорій Іванович, старший викладач кафедри ВЗП-СМ
Захарїна Єлизавета Володимирівна лейтенант медичної служби, слухач факультету
підготовки військових лікарів

Українська військово-медична академія zakharinaliza@gmail.com

Атуальність: Пандемія COVID-19 визнана надзвичайною ситуацією в галузі міжнародної охорони здоров'я та вимагала внесення відповідних заходів боротьби з даною інфекцією, що успішно впроваджувались в період з 2020-2023 роки.^[1] Велике значення на захворюваність, поширеність та смертність цією інфекцією набуває і в системі Збройних Сил України, оскільки серед військовослужбовців дана інфекція поширювалася напрочуд швидко а особливо при перебуванні їх в умовах розташування в казармах та під час виконання військовослужбовцями міжнародних місій.^[2]

Основна мета даної роботи було провести аналіз перебігу даної хвороби, у різних категорій військовослужбовців що знаходились на лікуванні в інфекційному відділенні ВМКЦ ЦР, м.Вінниця за період з 2020-2022 роки, визначення якості та повноти надання медичної допомоги військовослужбовцям як на догоспітальному так і госпітальному етапі та напрацювання шляхів направлених на попередження захворюваності та поширеності серед військовослужбовців.

Результати дослідження:

В ході проведеного попереднього аналізу встановлено що: в 2020 році серед контингенту військовослужбовців, які проходили лікування з приводу Covid-19 відмічалось, - 15% - в/с офіцерського складу, 75% - в/с старшинського та рядового складу і 10% - пенсіонерів МОУ. З них: 15% в/с жіночої статі. Серед причин виникнення даного захворювання: 80% - під час проходження служби, та 20% при інших обставинах. Майже в 100% хворих військовослужбовців не були вакциновані. Що до перебігу захворювання, відмічалась наступна тенденція: у 15% хворих відмічався легкий ступінь, 80% мали середній ступінь тяжкості та 5% вкрай важкий ступінь тяжкості даного захворювання. У 5% спостерігались летальні випадки. Також важливо зазначити, що серед них ускладнення були виявленні у 85% в/с у вигляді негоспітальної пневмонії з різним ступенем ЛН. Супутні хвороби мали 50% в/с. На етапі первинного огляду у 95% в/с був позитивний результат ПЛР РНК вірусу Sars-Cov-2 (Covid-19) та лише у 5% ознак перенесеного захворювання з

подальшим визначенням антигену вірусу. Потреба у доліковуванні та реабілітації виникла у 10% хворих на базі санаторно курортного відділення та палат інтенсивної терапії ВМКЦ ЦР.

Вже у 2021 році спостерігалась наступна динаміка: серед в/с, які хворіли на Covid-19 25% - в/с офіцерського складу, 60% - в/с старшинського та рядового складу і 15% - пенсіонери МОУ. З них: 30% в/с жіночої статі та 70% в/с чоловічої статі. Серед причин виникнення даного захворювання: 50% - під час проходження в/с та 50% при інших обставинах. Майже в 40% хворих не були вакциновані, зокрема через перше виконання вакцинації аж у вересні 2021 року. Перебіг захворювання представлений у цих контингентів хворих: 70% - середній ступінь, 30% важкий ступінь тяжкості. У 10% хворих відмічались летальні випадки. Важливо зазначити, що серед них ускладнення були виявленні у 100% в/с у вигляді негоспітальної пневмонії з різним ступенем ЛН. Супутні хвороби мали місце у 70% в/с. На етапі первинного огляду у 85% в/с був позитивний результат ПЛР РНК вірусу Sars-Cov-2 (Covid-19) та лише у 15% ознак перенесеного захворювання з подальшим визначенням антигену вірусу. Близько 85% хворих потребували доліковування та реабілітації на базі санаторно курортного лікування та інших відділень (сімейних лікарів)

За даними 2022 року: 15% - офіцери, 70% - в/с старшинського та рядового складу і 15% - пенсіонери МОУ. З них: 15% в/с жіночої статі. Захворіли: 60% - під час проходження в/с та 40% при інших обставинах. 80% хворих в/с були вакциновані, у 20% хворих з приводу вакцинації даних немає. Перебіг: 70% - мали легкий ступінь, у 25% відмічався середній ступінь, 5% мали середньо-тяжкий перебіг. Важливо зазначити, що серед хворих ускладнення були виявленні у 25% у вигляді негоспітальної пневмонії. Супутні хвороби мали місце 40% в/с. На етапі первинного огляду у 90% в/с був позитивний результат ПЛР РНК вірусу Sars-Cov-2 (Covid-19) та лише у 10% ознак перенесеного захворювання з подальшим визначенням антигену вірусу. 25% хворих потребували доліковування та реабілітації на базі санаторно курортного лікування та інших відділень (сімейних лікарів)

Висновок: пандемія Sars-Cov-2 (Covid-19) черговий раз показала неготовність людства до боротьби з новою інфекцією. На подолання невідомого захворювання, було направлено зусилля лікарів у як у всьому світі так і в Україні, отримали поштовх до вдосконалення системи боротьби проти інфекцій світового масштабу, усунення недоліків та знаходження нових шляхів в діагностиці та лікуванні невідомих збудників інфекції. А оскільки Збройні сили України є невід'ємною частиною всього населення України і відповідальні за безпеку держави а рівні і поширеність інфекційних захворювань можуть вплинути на боєздатність, тому шляхи подолання та профілактики інфекційних захворювань, мають надзвичайне значення. Визначені в ході дослідження епідеміологічні показники COVID-19 (захворюваність, летальність, вікова структура серед військовослужбовців та працівників ЗС України) є чітким відображенням загальної епідемічної ситуації в ЗС України ^[3] і спонукає до подальшого пошуку шляхів як профілактики, так і удосконалення надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України.

Список літератури

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України - <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/koronavirusna-infekciya-covid-19>
2. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРВІ ТА COVID-19 ОСОБОВОГО СКЛАДУ ОКРЕМОЇ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ ЗА 2020-2022 РОКИ - <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/lib/4504/1/%D0%A3%D0%BA%D1%80.%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA.%D0%BC%D0%B5%D0%B4.pdf#page=55>
3. Узагальнення досвіду медичної служби Збройних Сил України щодо боротьби з пандемією Covid-19 - <http://lib.inmeds.com.ua:8080/bitstream/lib/4174/1/25-137-PB.pdf#page=33>

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Соколюк Анастасія Констянтинівна, підполковник медичної служби, старший викладач кафедри ВЗП-СМ, Українська військово-медична академія, м. Київ

E-mail: sokoluk0108@ukr.net

Правдива Юлія Сергіївна., лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів, Українська військово-медична академія, м. Київ

E-mail: julik3471@gmail.com

Вступ. За останні десятиліття стрімко зросла кількість хворих з онкологічними захворюваннями. Це зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: політичних, соціально-економічних, демографічних, медичних. В Україні більше 300 тис. інкурабельних пацієнтів, які потребують паліативної допомоги[3].

Паліативні пацієнти та члени їхніх родин потребують адекватного знеболення та симптоматичного лікування, професійного догляду, морально-психологічної підтримки відповідно до сучасних підходів та концепцій. На сьогодні однією з головних ланок, що представляє широкий спектр послуг та забезпечує потреби пацієнта, який потребує паліативної допомоги є саме лікар загальної практики.

Мета дослідження: вивчити особливості надання паліативної допомоги хворим з онкологічними захворюваннями в практиці лікаря загальної практики.

Матеріали і методи. Матеріалами слугували вітчизняна і зарубіжна наукова література, міжнародні й вітчизняні нормативно-правові документи, медико-статистичні дані та звіти МОЗ України і регіональних департаментів/управлінь охорони здоров'я, експертні висновки, навчальні програми післядипломної освіти медичних працівників [1]. Застосовано такі методи дослідження системного підходу та системного аналізу, соціально-гігієнічний, медико-статистичний.

Результати дослідження. За темпами поширення захворюваності на злоякісні новоутворення Україна посідає 2-е місце в Європі. Протягом року від раку в Україні помирають понад 300 000 пацієнтів, і практично всі вони потребують паліативної допомоги, спрямованої на покращення якості їх життя на термінальній стадії хвороби. Лікуванням цієї категорії пацієнтів зазвичай займаються районні онкологи та дільничні терапевти, які не мають спеціальної підготовки в галузі паліативної допомоги інкурабельним хворим (які не підлягають радикальному лікуванню).

У зв'язку з особливостями клінічного перебігу, що спричиняє в більшості випадків значні фізичні та психологічні страждання пацієнтам та членам їх родин в термінальний період хвороби, саме паліативна онкологія, тобто мультидисциплінарна допомога хворим на інкурабельні злоякісні новоутворення, є найбільш розвиненим сегментом паліативної допомоги. Цей напрямок паліативної допомоги залишається надзвичайно важливим, і його актуальність зростає останніми роками як серед лікарів, так і серед населення, значною мірою через недостатність до цього часу успіхів наукової медицини в лікуванні цього неблаганного вбивці, жертвами якого стає значна частина людей у працездатному й соціально-активному віці [2].

Проведено комплексне соціально-гігієнічне статистичне дослідження клінічного онкологічного диспансеру. Було опитано понад 100 респондентів та проаналізовано близько 50 медичних карток пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Визначена обізнаність пацієнтів в онкопатології - опитані впевнені, що рак – це таке ж захворювання, як і інші, проте маловивчене (53,7%), відзначають генетичну обумовленість ракової патології (68,0%), можливе повне одужання від злоякісного новоутворення (34,3%), необхідність проведення профілактичних оглядів для раннього виявлення онкологічної патології (87,7%), вважають, що лікування залежить від стадії захворювання (89,3%), раннє виявлення захворювання залежить від професіоналізму лікаря (50,7%) та діагностичного обладнання (42,0%); методах

лікування - хірургічний метод (87,7%), променева терапія (78,7%), медикаментозна терапія (58,0%). Роль медичного персоналу, його професійних та морально-етичних цінностей в наданні допомоги – задоволені наданою медичною допомогою (58,7%), відмічають відсутність лікарських засобів (7,3%), відмітили доброзичливе ставлення медичного персоналу до осіб, які вперше звернулися до поліклініки онкологічного диспансеру (76,0%).

Висновки. Для удосконалення системи паліативної допомоги та покращення надання медичних послуг необхідно впроваджувати спеціальні просвітницькі програми, спрямовані на роз'яснення населенню причинно-наслідкових взаємозв'язків виникнення та розвитку онкологічних захворювань, використання основних та новітніх методик лікування новоутворень.

Необхідно більше приділяти уваги питанням вивчення та викладання факторів, що впливають на розвиток онкопатології, з урахуванням сучасних соціально-екологічних умов проживання людини, що змінилися. Акцентувати роботу лікаря загальної практики - сімейного лікаря на проведення санітарно-просвітньої та роз'яснювальної роботи серед пацієнтів, більше приділяти уваги профілактиці захворювань, виконанню диспансеризації, проведенню профілактичних оглядів з метою своєчасного виявлення онкопатології, її ранньої діагностики та своєчасного лікування, забезпечення повного спектру паліативної допомоги на первинній ланці.

Адже завдання лікаря – це не лише лікування хвороби, а й уміння розібратися у психології хворого, особливо з встановленим діагнозом – злоякісна пухлина.

Список літератури

1. Вороненко Ю.В. Створення системпаліативної та хоспісноїдопомоги в умовахреформуванняохорониздоров'я в Україні: медичні та соціальніаспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. Міжвідомчиймедичний журнал. – 2019. – № 1 (2). – С. 63–75.

2. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико правові аспекти : монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К. : Здоров'я. – 2011. – 352 с.

3. «Глобальний атлас з паліативної допомоги», GlobalAtlasofPalliativeCareattheEndofLife (WorldwidePalliativeCareAlliance, WorldHealthOrganization) – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЦД І ТИПУ ТА ДИСКВАЛІФІКАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ БЕЗПОСЕРЕДНІХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Казмірчук Катерина Анатоліївна ., лейтенант медичної служби, слухач факультету підготовки військових лікарів,

Українська військово-медична академія

E-mail: kazmirchukkaterina@gmail.com

Вступ: Цукровий діабет (ЦД) - одне з найбільш поширених захворювань у світі. За даними Global Burden of Diseases у 2017 році діабет перебував на 7 місці в світі за кількістю втрачених років життя з поправкою на якість життя (QALY – quality adjusted life years) [1]. На 1 місці за втраченими QALY в світі – серцево-судинні захворювання, при цьому діабет є одним з основних ризик-факторів у розвитку цих захворювань [2], в 1999 році Американська асоціація лікарів-кардіологів визнала діабет основним ризик-фактором серцевих захворювань поряд з палінням, гіпертонією, надлишковою масою тіла та іншими [3]. Поширеність діабету в Україні збільшилася за останніх 10 років на половину. У 2016 р. в Україні діабетом хворіло понад 1,2 млн осіб. Інсулінозалежний діабет (І типу) складає 6,5% усіх випадків захворювання. Майже 3% первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на діабет.

В 2022 році за даними International Diabetes Federation захворюванність на ЦД I типу у світі склала 8,75 мільйонів осіб, з них 1,52 мільйона осіб старше 20 років. В світі у 2022 році діагностовано 530 тисяч нових випадків ЦД I типу, з них 201 тисяча у осіб молодше 20 років [4].

Мета: Визначити частоту розвитку цукрового діабету I типу у військовослужбовців ЗСУ, в тому числі тих, хто брав безпосередню участь в бойових діях та встановити особливості діагностики у досліджуваній групі.

Матеріали та методи: В основу покладено ретроспективний аналіз історій хвороб 92 військовослужбовців хворих на ЦД I типу Київського гарнізону, які проходили стаціонарне лікування на базі НВМКЦ ГВКГ в клініці нефрології з ліжками для ендокринологічних хворих у 2019-2022 роках. Хворі були розподілені: I група – 55 хворих з ЦД I типу які брали безпосередню участь в бойових діях. II група - 37 військовослужбовців на ЦД I типу військовослужбовці, що не брали безпосередньої участі в бойових діях. Середній вік $34,6 \pm 3$ роки і $36,3 \pm 1,6$ років відповідно.

Результати: Виявлено, що ЦД I типу найчастіше розвивався у віці від 25 до 40 років у 43,6% військовослужбовців I групи і у 54,1% II групи. При чому звертало на себе увага що в більш молодому віці від 17 до 25 років ЦД II типу діагностували у 29,2% пацієнтів I групи і 13,5% II групи, що вірогідно свідчить про більш стрімку маніфестацію ЦД I типу у військовослужбовців які брали безпосередню участь в бойових діях. За структурою тривалості захворювання визначено, що вперше виявлений ЦД I типу діагностували у 25,5% хворих I групи і 10,8% хворих II групи, тривалістю до 3-х років у 45,5% і 35,1%, тривалістю більше 3-х років в 29% і 54,1% випадків відповідно. За результатами лікування всі військовослужбовці проходили ВЛК та були визнані непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку визнано 40% і 33,3% осіб з числа рядового складу I і II групи відповідно, 31,6% і 68,75% з сержантського складу, 35,5% і 16,6% офіцерського складу. Визнано непридатними у мирний час та обмежено придатними у військовий час 60% і 66,7% військовослужбовців з рядового складу та 68,4% з 31,25% числа сержантського складу і 45,2% та 33,4% військовослужбовців I і II груп відповідно. Придатними до військової служби визнано 19,3% військовослужбовців офіцерського складу I групи і 50% II групи.

Висновки: Виходячи з отриманих результатів досліджень встановлено, серед військовослужбовців ЗСУ, що безпосередньо приймали участь в бойових діях діагностовано більше випадків вперше виявленого ЦД I типу, що пов'язані не тільки з обтяженим анамнезом, наявністю супутньої аутоімунної патології, але і з стрес фактором, що впливає на дебют захворювання. Рівень дискваліфікації серед військовослужбовців, що брали безпосередню участь в бойових діях вірогідно вищий, ніж у решти військовослужбовців, Причиною цього окрім схильності до ЦД I типу є стрес фактор, який не тільки є поштовхом для ранньої маніфестації захворювання, але і суттєво впливає на перебіг та швидший розвиток ускладнень та є передумовою для збільшення числа дискваліфікації серед військовослужбовців.

Список використаних джерел:

1. Global Burden of Disease database. Institute for health metrics and evaluation, Seattle, Washington, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>
2. Emerging Risk Factors C, Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative metaanalysis of 102 prospective studies. *Lancet*. 2010
3. Diabetes Mellitus: A Major Risk Factor for Cardiovascular Disease. A Joint Editorial Statement by the American Diabetes Association; the National Heart, Lung, and Blood Institute; the Juvenile Diabetes Foundation International; the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and the American Heart Association, *Circulation*, 1999
4. International Diabetes Federation Reports, 2022.

ОЦІНКА СХИЛЬНОСТІ ДО РИЗИКУ ОПЕРАТОРІВ БЕЗПЛОТНИХ АВІАЦІЙНИХ КОМПЛЕКСІВ ЗА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ

Пашковський Сергій Миколайович, к. мед. н., доцент, начальник Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, м. Вінниця, Україна, E-mail: vmkc_cr_uam@ukr.net

Коваль Наталія Володимирівна, начальник відділення психофізіології та психології Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, м. Вінниця, Україна, E-mail: nata_renkas@ukr.net

Голячук Антон Ігорович, слухач III курсу лікарів загальної практики – сімейної медицини (для Повітряних Сил) факультету підготовки військових лікарів Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна, E-mail: toxinator34@gmail.com

Вступ. Досвід локальних війн та збройних конфліктів сучасності переконливо свідчить про збільшення випадків масового застосування безпілотної авіації для вирішення бойових завдань [14]. Використання безпілотної авіації (БпАК) під час ведення бойових дій може суттєво вплинути на тактичну обстановку не лише на лінії бойового зіткнення, але і в тилу ворога [4]. За безпілотною авіацією – майбутнє, що довели події другої карабахської війни [16]. Нині це доводять і військові дії в Україні [3]. Ще не так давно в Україні використання БпАК мало обмежений характер. На жаль, і досі не існує Державної програми розробки та технічної експлуатації БпАК, тому немає загальної стратегії розвитку безпілотної авіації. Отже, зазначена проблема за короткий період часу набула загальнодержавного значення в нашій країні [15, 1, 3].

Важливе місце у забезпеченні надійності діяльності оператора БпАК належить його психофізіологічній підготовці, оскільки при експлуатації такої сучасної техніки гостро постає питання психофізіологічного бар'єру. Причини виникнення цих перешкод лежать у психофізіологічних спроможностях оператора та факторі часу, які впливають на процес прийняття рішення [15, 1, 3].

Складність застосовуваних БпАК та різноманітність завдань, що реалізуються за їх допомогою, визначають максимально широкий спектр вимог до професійної та психофізіологічної підготовки операторів, які здійснюють керування такими авіаційними комплексами [6, 5]. Використання безпілотної авіації позбавляє операторів-військовослужбовців необхідності постійно перебувати в небезпечних умовах та здійснювати роботу, що виходить за рамки їх фізичних і психофізіологічних можливостей, а також відкриває широкий спектр таких функцій, що раніше могли видатись неможливими [10]. Наприклад, при застосуванні БпАК I класу «Легкі», які в основному використовуються для збору та обробки розвідувальної інформації, оператор змушений перебувати неподалік чи безпосередньо на лінії бойового зіткнення, оскільки висота застосування та радіус їх дії недостатньо великі. Процес керування таким комплексом не виключає переміщення оператора у просторі, а отже станція управління має бути максимально простою та легкою, щоб оператор міг маневрувати, коли це необхідно.

Основне навантаження на операторів БпАК обумовлено їх перебуванням на робочому місці [3, 13]. Робочі місця операторів БпАК облаштовані різноманітними складними системами відображення інформації та управління, з урахуванням змісту і тривалості виконання можливих завдань [11, 6]. Такі системи вимагають від операторів постійного переключення уваги тощо. В процесі пілотування оператор повинен мати гарні швидкісні реакції, оскільки ці індикатори найбільшим чином детермінують успішність виконання ним завдання за призначенням. Проте не менш важливою особливістю в процесі керування є схильність операторів до ризику, що передбачає наявність у нього такого емоційного стану, коли він може обирати найбільш раціональну з його погляду стратегію дій. Не завжди ця стратегія є оптимальною, але відсутність потреби ризикувати, мабуть, не може сприяти виконанню складних завдань [2].

Так, дослідження впливу психофізіологічних характеристик на схильність до ризику операторів БпАК є важливим та актуальним питанням сьогодення, оскільки представники всіх професій, що пов'язані із використанням повітряного простору завжди змушені ризикувати в процесі виконання завдань за призначенням. Цей ризик може становити загрозу власному життю, життю та здоров'ю оточуючих чи для дорого вартісної техніки. Тому врахування ступеня схильності до ризику є важливим для підвищення надійності професійної діяльності оператора, оскільки існуючі методики в основному використовуються для оцінки ступеня схильності до ризику в підприємницькій діяльності.

Мета. Розробити підходи до інструментальної оцінки ступеня схильності до ризику операторів БпАК за психофізіологічними характеристиками.

Матеріали і методи. Для виявлення ступеня схильності до ризику операторів БпАК на базі відділення психофізіології та психології Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону було обстежено 145 таких фахівців віком від 20 до 42 років в період проходження стаціонарної лікарсько-льотної експертизи. Обстеження виконувались за допомогою бланкових методик [9] та програмно-апаратного комплексу для проведення психофізіологічних досліджень «ПФИ-2» [16], зареєстрованого в реєстрі осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro* в обіг №5850 Міністерства охорони здоров'я України. Організація та методи обстежень були розроблені на основі теоретичних та практичних підходів [9]. За допомогою бланкових методик визначалась оцінка схильності операторів до ризику за опитувальником RSK Г. Шуберта [8, 9].

Статистичний аналіз даних було проведено за допомогою покрокового множинного кореляційно-регресійного аналізу пакету програм STATISTICA 13.3 (ліцензія AXA905I924220FAACD-N).

Результати. Теоретичні концепції, що описують механізми ризикованої поведінки, базуються на соціально-когнітивному підході. В його рамках поведінка взаємозалежна і взаємообумовлена зовнішніми і внутрішніми факторами. До внутрішніх факторів різні автори відносять: вікові та особистісні особливості, специфіку протікання біологічних, емоційних і когнітивних процесів, установки і переконання, суб'єктивні оцінки ризикованості тієї чи іншої поведінки [12] та втому. Індивідуально-типологічні якості людини найяскравіше виявляються в її темпераменті, характері та здібностях, у пізнавальній, емоційно-вольовій діяльності, потребах та інших процесах. Так, частина їх є вродженою та становить фізіологічне підґрунтя темпераменту. До таких належать особливості нервової системи – врівноваженість, функціональна рухливість, сила нервових процесів та деякі інші. Безперечно вони під впливом умов навколишнього середовища можуть змінюватись, проте більшість з них має стійкий характер, що віддзеркалюються на діяльності та поведінці особистості. Набуті індивідуально-типологічні особливості формуються в процесі виховання та навчання. Всі вони певним чином детермінують схильність до ризику індивіда.

Оператор БпАК – нова сучасна масова професія. Вона суттєво відрізняється від інших професій широким спектром завдань, що вирішуються, тривалістю їх виконання, небезпекою при їх реалізації, специфікою трудового середовища тощо [7]. Розвиток науково-технічного прогресу робить професійну діяльність зовсім іншою за рахунок постійної трансформації безпілотної авіаційної техніки [4]. В своїй професійній діяльності оператори БпАК повинні постійно розвиватися та вдосконалювати професійні навички. В процесі навчального чи бойового пілотування оператор повинен швидко приймати рішення враховуючи інтенсивність бойових дій, тактичну обстановку та погодні умови. Всі ці чинники більшою чи меншою мірою змушують оператора ризикувати задля успішного досягнення поставленої цілі. Іноді професійні ризики вимушено підвищують небезпеку чи змушують на довгий термін покинути «зону комфорту». В бойових умовах рівень небезпеки і так підвищений, тому говорити про обережність оператора в процесі керування комплексом не доводиться. Оператор, таким чином, змушений постійно ризикувати в процесі керування безпілотним комплексом з метою успішного виконання бойового завдання.

Отже ризик характеризується небезпекою або, принаймні, небажаністю можливого результату або розвитку ситуації. Але в останній закладена також невизначеність, що пов'язана із нестачею знання, наявної інформації або припускає також інші, в тому числі сприятливі, наслідки. На результат можуть впливати численні випадкові чинники, які призводять до випадковості реалізації можливих висновків [12].

Для оцінки ступеня схильності до ризику операторів БпАК в якості зовнішнього показника використовувався опитувальник RSK Г. Шуберта [8, 9]. Обстежуваному пропонується оцінити ступінь своєї готовності до запропонованих в опитувальнику дій. Таких дій наведено 25. У подальшому підраховується сума набраних балів.

Для оцінки ступеня схильності до ризику було запропоновано декілька інструментальних методик, серед яких було обрано найбільш перспективну. Перед операторами ставилось завдання з урахуванням його фізичних можливостей та конкретної ситуації в якій він опинився. Це реалізовувалось за допомогою програмно-апаратного комплексу для проведення психофізіологічних досліджень «ПФИ-2». Його суть полягала в появі стимулу (білого прямокутника на чорному фоні), який зберігався на екрані монітора протягом 200 мілісекунд. Інтервал між такими стимулами був випадковим і знаходився в межах від 1 до 3 секунд. Оператор максимально швидко повинен зреагувати на появу подразника після чого результат (в мілісекундах) відображається на екрані монітора. Аналізуючи отриманий результат оператору потрібно визначитися зможе він його покращити («ТАК») чи ні («НІ») та натиснути відповідну клавішу. Після цього завдання повторювалось. Кількість заданих повторень складала 30. У випадку розбіжності між поставленим завданням та наданою відповіддю лунав звуковий сигнал, а на екрані монітора відображались обидва попередні результати. При цьому реєструвались наступні показники: кількісні характеристики – час першого ($t_{пер}$), останнього ($t_{ост}$) і кращого (t_{min}) вимірювання, мс та якісні параметри – відповіді «ТАК-вірно» (Тв), «ТАК-помилково» (Тп), «НІ-вірно» (Нв), «НІ-помилково» (Нп), %.

Так, проаналізувавши результати опитувальника та отримані кількісні і якісні характеристики за допомогою програмно-апаратного комплексу ми не очікуємо великої кореляції, але вона повинна бути достовірною. Це дасть можливість в подальшому розробити певні критерії. Для розробки оцінки критеріїв за інструментальними показниками був застосований множинний покроковий кореляційно-регресійний аналіз. Якщо використовувались показники, що були отримані в ході реалізації тесту, то позитивного результату досягти не вдалось. Тому було прийнято рішення сконструювати деякі параметри. З цією метою було застосовано два підходи. В першому випадку аналізу підлягали кількісні характеристики, а саме час останнього та кращого вимірювання. Таким чином, шляхом розрахунку відношення різниці останнього та кращого вимірювання до кращого результату було отримано показник X_1 . В наступному підході було застосовано аналіз якісних характеристик цього випробування. Тут важливим індикатором є частота позитивного результату в ході виконання завдання. Наступний показник X_2 було отримано шляхом відношення кількості вірних реакцій до помилкових поділеного на суму негативних.

Оскільки між отриманими показниками кількісних та якісних характеристик може бути нелінійний зв'язок, то в подальшому було застосовано їх нелінійне відображення (отримані показники в квадраті). Коефіцієнт множинної кореляції при цьому склав 0,29 ($p < 0,005$). Для визначення ступеня схильності до ризику (Risk) операторів БпАК за допомогою покрокового множинного кореляційно-регресійного аналізу була побудована наступна модель:

$$\text{Risk} = 14,68 + 11,39 \times X_1 - 16,40 \times X_2 + 16,28 \times X_3,$$

де: $X_1 = (t_{ост} - t_{min}) / t_{min}$;

$X_2 = ((Тв + Нв) / (Тп + Нп)) / (Нв + Нп)$;

$X_3 = X_2^2$.

Таким чином, застосувачи отриману модель можна визначити ступінь схильності операторів до ризику в умовних одиницях (у.о.), що відповідають наступним критеріям.

Оцінки, що мають значення менше -30 свідчать про надмірну обережність обстежуваного. Оцінки, що знаходяться в діапазоні від -30 до -11 балів свідчать про помірну обережність обстежуваного. Оцінки, що знаходяться в діапазоні від -10 до +9 балів свідчать про поміркованість обстежуваного. Оцінки, що знаходяться в діапазоні від +10 до +19 балів свідчать про помірну ризикованість обстежуваного. Оцінки, що значення більше +20 балів свідчать про схильність до ризику (надмірну ризикованість) обстежуваного/

Для подальшого удосконалення оцінки ступеня схильності обстежуваних до ризику потрібно збільшити вибірку та розподілити її на відповідні вікові та інші групи. Таким чином, можна буде визначити їх схильність до обережності чи до ризику. Не виключено, що ці особливості можуть бути пов'язані з певними зовнішніми характеристиками (наприклад, вік, клас БпАК, стан здоров'я оператора, період, що минув після виходу з відпустки тощо).

Висновки:

1. Для оцінки ступеня схильності операторів до ризику за допомогою програмно-апаратного комплексу для проведення психофізіологічних досліджень «ПФИ-2» потрібно застосовувати як кількісні, так і якісні показники вирішення тесту.
2. Для визначення інформативності отриманих показників варто застосовувати як лінійні їх характеристики, так і нелінійні. Коефіцієнт множинної кореляції при цьому склав 0,29 ($p < 0,005$).
3. За допомогою покрокового множинного кореляційно-регресійного аналізу була побудована модель, за допомогою якої можна оцінювати ступінь схильності до ризику операторів, застосовуючи інструментальні методи обстеження.

Список літератури:

1. Галушка А.М., Руцак Л.В., Герасименко В.В., Числицька О.В. Аналіз проблеми оптимізації критеріїв оцінки ступеня придатності зовнішніх пілотів безпілотних авіаційних комплексів до роботи за фахом під час проведення лікарсько-льотної експертизи. Український журнал військової медицини. 2021. Т. 2. № 1. С. 5-18. DOI:10.46847/ujmm.2021.1(2)-005.
2. Кальниш В.В., Пашковський С.М., Бардильов С.А. Обґрунтування важливості параметру «схильність до ризику» для визначення рівня професійної придатності льотного складу. Український журнал військової медицини. 2020. Т. 1 (додаток). № 3. С. 122-123.
3. Кальниш В.В., Пашковський С.М., Сергета І.В., Коваль Н.В. Особливості впливу асоційованих зі стресом захворювань на психофізіологічний стан операторів безпілотних авіаційних комплексів. Матеріали V Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 31-ої Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2022» 6 жовтня 2022 року (тези доповідей). Український журнал військової медицини. 2022. Т. 3 (додаток). № 3. С. 37-41.
4. Кальниш В.В., Трінька І.С., Пашковський С.М., Богущ Г.Л., Коваль Н.В. Психофізіологічні особливості розвитку втоми у операторів безпілотних авіаційних комплексів. Український журнал гігієни праці. 2023. Т. 19. № 1 (74). С. 11-20. DOI: [10.33573/ujoh2023.01.011](https://doi.org/10.33573/ujoh2023.01.011).
5. Кальниш В.В., Трінька І.С., Пашковський С.М., Симинюк Ю.В., Коваль Н.В., Понімачченко С.Л. Порівняльна характеристика психофізіологічних особливостей операторів безпілотних авіаційних комплексів та персоналу з управління повітряним рухом. «Вісник Вінницького національного медичного університету», 2023, Т. 27, № 1 С. 138-143. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(1\)-25](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-25).
6. Кальниш В.В., Швець А.В., Пашковський С.М. Характеристика діяльності зовнішніх пілотів безпілотних авіаційних комплексів та їх професійно важливі якості: теоретико-практичний аспект. Український журнал військової медицини. 2021. Т. 2. № 1. С. 38-51. DOI:10.46847/ujmm.2021.1(2)-038.
7. Кальниш В.В., Швець А.В., Пашковський С.М., Мальцев О.В., Коваль Н.В., Луценко Л.І. Особливості формування робочого напруження у операторів безпілотних

авіаційних комплексів. Сучасні аспекти військової медицини. 2023. 30(1). С. 20-37. <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2023-30-1-02>.

8. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

9. Методика обстежень під час проведення лікарсько-льотної експертизи: посібник для лікарсько-льотних комісій. Київ. СПД Чалчинська Н.В., 2018. 432 с.

10. Микитюк М.А. Роль та місце безпілотних літальних апаратів при забезпеченні безпеки осіб під час проведення масових заходів. Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. № 18. С. 41–47. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/33>.

11. Петренко О.В. Психологічні аспекти новітніх підходів до забезпечення ефективності наземних екіпажів безпілотних літальних апаратів. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка. К.: «ДП Інформаційно-аналітичне агентство», 2015. Т. X. Вип. 27. С. 436-450.

12. Психологічна готовність до ризику військовослужбовців Національної гвардії України: монографія / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько та ін. Харків: НАНГУ, 2019. 257 с. ISBN 978-966-8671-54-8.

13. Сергета І.В., Пашковський С.М., Коваль Н.В. Порівняльна характеристика формування асоційованих зі стресом захворювань у населення України та операторів безпілотних авіаційних комплексів. Матеріали науково-практичної конференції «Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах» (м. Київ, 1 грудня 2022 року). К.: Національний університет оборони України. 2022. С. 40-44.

14. Таран М.В., Шулежко В.В. Визначення способів протидії та зниження ефективності застосування безпілотних авіаційних комплексів із врахуванням аналізу локальних війн і збройних конфліктів сучасності. «Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил», 2021. № 1(67). С. 32-37. DOI:10.30748/zhups.2021.67.04.

15. Ударцева Т.Є. Доцільність проведення професійного добору операторів керування безпілотними літальними апаратами. Системи озброєння і військова техніка. 2016. № 1 (45). С. 186–189.

16. Фирсов А.Г. Программно-апаратный комплекс для оценки типологических особенностей центральной нервной системы человека. Кибернетика и вычислительная техника. 2010. Вып. 162. С. 28-35.

17. <https://www.ukrmilitary.com/2021/01/pilot-uav.html> (дата звернення: 02.05.2023).

ЗМІСТ

ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БАГАТОКОМПОНЕНТНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ВІЙСЬКОВИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	3
Федорова О.О., Іванова Т.О.....	3
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, АСОЦІЙОВАНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	5
Коваль М. М., Янкевич С. М.....	5
ЗМІНИ З БОКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИТЕМИ ПРИ СУЧАСНІЙ БОЙОВІЙ ТРАВМІ	7
Красюк О.А., Подольська Т.В.,.....	7
НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ, ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ	9
Бичкова С.А., Мартинюк В.О.,.....	9
ПЕРЕБІГ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	11
Козачок М.М., Лаврентьєва В.О.....	11
MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF INJURIES BY NERVE AGENTS ACCORDING TO DOMESTIC AND INTERNATIONAL EXPERIENCE	12
Bohdana V.Y., Savichan K.V	12
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ЦИРКУЛЯЦІЇ ШТАМУ «ОМІКРОН» 2021-2022Р. НА ФОНІ ВАКЦИНАЦІЇ ПРИ ЛЕГКОМУ ТА СЕРЕДНЬОТЯЖКОМУ ПЕРЕБІГУ	15
Дімов П.В., Трихліб В.І.....	15
І ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НОВОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ, ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19 ДО ТА ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ЦИРКУЛЯЦІЇ ШТАМУ ОМІКРОН	17
Медвідь В.А., Трихліб В.І.,.....	17
ПРОЯВИ ПНЕВМОНІЇ У ПОРАНЕНИХ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНІ У 2022Р ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ	21
Вітомська-Мельник А.О. Трихліб В.І.....	21
СТРУКТУРА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ ПІД ЧАС ОСТАННЬОЇ ХВИЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ У 2021-2022РР.	24
Дарманська К.А.Трихліб В.І.....	24
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЩЕПЛЕНИХ ВІД COVID-19 ЗА ПЕРІОД 2021-2022 РОКІВ	26
Смакула С.М., Трихліб В.І.,	26
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ	29
Баннікова Р. О., Рушак Д. О.....	29

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ І ДЕФЕКТІВ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	34
Зубленко К.Ю., Тхоревський О.В.....	34

ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ КРЕАТИНФОСФОКІНАЗИ ТА РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ПРИ РАБДОМІОЛІЗИ У ПАЦІЄНТІВ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ Макарчук В.А., Шевчук О.В.,.....	36
АНАЛІЗ ТАКТИКИ ТА ПОМИЛОК В ПРОВЕДЕННІ DCR В ЗСУ: ВІД БОЙОВОГО МЕДИКА ДО АНЕСТЕЗІОЛОГА Мошківський В.М., Хитрий Г.П., Рабошук О.В.,	37
ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КЕТАМІНУ З МЕТОЮ ЗНЕБОЛЕННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ РІВНІ Сікора І.М., Мошківський В.М.....	38
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНОМУ ПОРАНЕННІ СТЕГНА Мошківський В.М., Сілант'єва Є.Ю.....	39
ЗАМІСНА НИРКОВА ТЕРАПІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІЛЬТРУ «СҮТОСОРВ» ЯК КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ТА СЕПСИСОМ Сорока А.О., Рабошук О.В.....	41
УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР ГОРТАНІ, ЯК КРИТЕРІЯ СКЛАДНОЇ ЛАРИНГОСКОПІЇ Тімохіна І.О., Мошківський В.М.....	42
ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГОЛОВИ ПІД ЧАС АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ Ухач Ю.Д.....	43
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОНОГРАФІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ ДИХАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ, РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТРАПІЇ Хуторна Б.В., Ганюк В.М.....	45
ГІПЕРОСМОЛЯРНІ РОЗЧИНИ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ НАБРЯКУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ Цюприк А.В., Ухач Ю.Д.....	47
ПРОФІЛАКТИКА ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ НУТРИТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Юшак Т.М., Тхоревський О.В.	48

ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИСТЕМОГО ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ Соломенний А.М., Плешкова О.В., Белозьорова О.В.....	50
ОСОБЛИВОСТІ ПОСТАЧАННЯ МЕДИЧНОГО МАЙНА ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ, ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ НА МИРНИЙ ЧАС Базунова Н.В., Коротченко В.В., Белозьорова О.В., Фіонов О.М., Нестеровська С.В.....	51
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АСОРТИМЕНТНОЇ МАТРИЦІ ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТА РАНОВИХ ПОКРИТТІВ У СИСТЕМІ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ Приходько Т.В., Васильєв Л.Д.,	56
ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ОСНОВИ МАЗІ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ Тарасенко В.О., Нерсисян І. О.....	58
ВИВЧЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ КОМПОЗИЦІЇ У ФОРМІ КРЕМУ Луцька А.В.	60

ВИВЧЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ У ФОРМІ КРЕМУ Остащенко Т.М.....	62
DEVELOPMENT FEATURES OF THE COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF SUPPOSITORIES WITH BLACK CUMIN OIL Tarasenko V.O., Koziko N.O., Ayman Benbahloul.....	63
DEVELOPMENT FEATURES OF THE OLIGOGEL WITH OXYCOCI MICROCARPI AND BETULAE PENDULAE EXTRACTS Tarasenko V.O., Koziko N.O., Ali Ayman.....	64
DEVELOPMENT PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT OF A SPRAY WITH EXTRACTS OF ACORUS CALAMUS AND URTICA DIOICA Tarasenko V.O., Koziko N.O., Chaimaa Benmakhlof,	66
FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF SOFT DOSAGE FORMS Tarasenko V.O., Koziko N.O., Zeyneb Yasa,.....	67
DEVELOPMENT FEATURES OF EMULSION WITH FERULIC SUCCINIC ACIDS Tarasenko V.O., Koziko N.O., Pnytska I.V.....	68
STUDY OF THE TECHNOLOGICAL PARAMETERS OF THE DEVELOPMENT OF SOFT DOSAGE FORM Tarasenko V.O., Koziko N.O., Jawhar Mohammed Azeez,.....	70
FEATURES OF DEVELOPMENT OF MEDICINAL PRODUCT IN CAPSULES Tarasenko V.O., Koziko N.O., Salma Boudrai Uahid.....	71
MICROSCOPIC STUDIES OF STEVIOSIDE POWDER Tarasenko V.O., Koziko N.O., Sagvan B.M.Ameen,.....	72
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ОСМОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СУПОЗИТОРНИХ ОСНОВ Томчук В.В.	73
ОБГРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАННОГО ЛОГІСТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО РОЗРОБЛЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОБЛІКУ МЕДИЧНОГО МАЙНА Білоус М.В., Рожко М.С., Селіванова О.І.....	75
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Сирота П.С., Соломенний А.М., Корчаков Г.В.....	77
АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ Соломенний А.М., Давиденко О.О.....	79

ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

ОПТИМІЗАЦІЯ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АКНЕ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ Єзерська С.І.	81
ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF ADMISSION TO THE PSYCHIATRIC CLINIC DURING THE YEAR OF THE FULL_SCALE WAR Atamanenko Y.S., Galchenko G.I.....	82
КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ: ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ Вальков Т.М.....	84
ВИНИКНЕННЯ СЕПСИСУ НА ҐРУНТІ ПАНАРИЦІЮ У ВІЙСЬКОВОГО Волков О.С.....	86
ДИСМЕТАБОЛІЧНІ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ВІЙСЬКОВИХ Гладкевич Т.О., Галан Н.В.....	87

АБДОМІНАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ	
Гнатюк С.М.....	88
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ ООС/АТО	
Літинський А.О., Коваль С.Б.	89
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Горностай О.О.	90
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Демиденко О.Ю.....	93
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЇХ КОРЕЛЯЦІЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
Баранов І.І., Галан Н.В.....	97
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРОМБОЗІВ СУДИН КІНЦІВОК ПРИ COVID-19	
Чернишова Ю.Ю., Гаврецький А.І.	98
ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ COVID-19	
Чернишова Ю.Ю., Гаврецький А.І.	100
РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ВИЗНАЧЕННІ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ОБОДОВОЇ КИШКИ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ	
Кравцова В.Р.....	102
МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	
Мармута О.Д., Галан Н.В.....	103
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ	
Назаренко О.В.	105
ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
Прушинський Ю.О.....	106
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ	
Талайло В.В.	107
ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ТА ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ХПХ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ В УКРАЇНІ	
Бабан М.В.....	109
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСУ МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	
Бирюк В.В., Ренський Л.А.....	111
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ І ШКАЛ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ТРАНСПОРТУВАННЯМ	
Кучера О.П.	112
ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-БРАСЛЕТІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (дизайн дослідження)	
Ківеня І.М.	113

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЕРТИФІКАЦІЇ ТА КІБЕРБЕЗПЕКА ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-БРАСЛЕТІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІЙ ВЕГЕТАТИВНО НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Ківеня І.М.	114
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ УЧАСНИКІВ ООС З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ	
Лисюк М.О.	116
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	
Сидорова Н.М., Кліщ І.М.	117
МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Сидорова Н.М., Кліщ І.М.	118
КИШКОВИЙ ІЄРСИНІОЗ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ	
Пушинська В.Д.	120
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ НА ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Баюк Є.В., Коваль С.Б.	121
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРІАЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Горянський А.С.	122
ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ЕТАПІ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З МІННО-ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ	
Карнаух Д.О., Рабошук О.В.	123
ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФІЧНИХ УМОВ І ХАРАКТЕРУ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛЬОТЧИКІВ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ММО ООН ТА ООС	
Кравчук В.В., Николин Г.С.	128
КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.	
Омельян М.А., Коваль С.Б.	130
ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ГОНАРТРОЗУ	
Теплюк А.О., Гаврецький А.І.	131
ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ	
Хомончак А.І.	133
ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ З АНЕМІЯМИ	
Смаль А.П., Святенко Ю.Ю.	134
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ТА В УЧАСНИКІВ АТО\ООС ЗА ПЕРІОД 2014-2020 РР.	
Сабадир І.В.,	138
ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ЯКІСТЮ ТА УМОВАМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ	
Волинець В.М., Ткачук І.М.	143
ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УМОВАМИ НАДАННЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
Мочарський А.І., Ткачук І.М.	145
ОЦІНКА ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Мочарський А.І., Ткачук І.М.	146

ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ КОМОРБІДНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
Панасенко Д.Ю., Ткачук І.М.	147
ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Соколюк А.К.	148
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ОСІБ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ	
Семьошкіна О.Р., Кравчук В.В.	151
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ І ШКАЛ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД МЕДИЧНИМ ТРАНСПОРТУВАННЯМ	
Кучера О.П., Ухач Ю.Д.	154
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	
Якимович Ю.І.	155
ОСОБЛИВОСТІ КОНТРАКТУР ГОМІЛКОВОСТУПНЕВОГО СУГЛОБА ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	
Гаврецький А.І., Гирикович І.А., Нікішин О.Л.	157
ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ТРАДИЙНОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТOMІЇ	
Дранівська А.В., Гаврецький А.І.	158
ДИСПЕПТИЧНІ ЯВИЩА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ АПЕНДЕКТOMІЇ	
Дранівська А.В., Гаврецький А.І.	159
ОЦІНКА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЯКІ НА КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Ткаленко О.М., Волошук Є.В.	161
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ	
Ткаленко О.М., Ковалик Т.С.	162
ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ	
Каяфа Д.В., Ткаленко О.М.	163
КЛІНІКО-ПАТОГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ	
Давиденко А.О., Федорич П.В.	165
STATUS OF ILLNESS FOR Covid-19 AMONG MILITARY PERSONNEL OF THE VINNYTZIA GARRISON	
Zakharina Y.V., Galchenko G.I.	167
СТАН ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА Covid-19 У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВІННИЦЬКОГО ГАРНІЗОНУ	
Гальченко Г.І., Захар'їна Є.В.	169
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ	
Соколюк А.К., Правдива Ю.С.	171
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЦД І ТИПУ ТА ДИСКВАЛІФІКАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ БЕЗПОСЕРЕДНІХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
Казмірчук К.А.	172
ОЦІНКА СХИЛЬНОСТІ ДО РИЗИКУ ОПЕРАТОРІВ БЕЗПЛОТНИХ АВІАЦІЙНИХ КОМПЛЕКСІВ ЗА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ	
Пашковський С.М., Коваль Н.М., Голячук А.І.	174

Формат 60x84 ¹/₁₆ Папір офс. № 1. Гарн. Таймс. Друк RISO. Ум. друк. арк. 9,99.

Тираж 50 пр.

Зам. № 19 від 18.05.2023.

Віддрук. в редакційно-видавничий групі Української військово-медичної академії
Київ, вул. Князів Острозьких, 45/1, корп. 33

