

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

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

21–22 травня 2021 року

(тези доповідей)

Частина II

Київ–2021

Науково-практична конференція молодих вчених Української військово-медичної академії «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді» 21–22 травня 2021 року: Тези доповідей. – К: УВМА, Ч.2., 2021. 200 с.

Склад організаційного комітету Науково-практичної конференції молодих вчених Української військово-медичної академії «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді»:

голова– Савицький В.Л.;

заступники голови – Швець А.В., Охонько О.В., Король С.О.;

члени оргкомітету – Белозьорова О.В., Єщенко В.І., Філіпішин В.П., Козак Н.Д., Бадюк М.І., Устінова Л.А., Бурлука В.В., Осьодло Г.В., Куц Т.В., Хитрий Г.П., Коваленко В.В., Шматенко О.П., Кожокару А.А., Трінька І.С., Губар А.М.

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

ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ

ВПЛИВ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ НА РОЗВИТОК ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

І. Андрійченко, Ю. Котик

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Ерозивно-виразкові ураження езофагогастродуоденальної зони є одним з найпоширеніших захворювань органів травлення у військовослужбовців. Значення психоемоційних навантажень у розвитку ерозивних та виразкових уражень шлунка підтверджується їх високою частотою в осіб, чия професія пов'язана з нервово-психічним перенапруженням. Участь у бойових діях є надзвичайно сильним стресовим фактором, а отже саме у військовослужбовців ризик захворіти є надзвичайно високий. Ерозивно-виразкові захворювання шлунка не тільки знижують якість життя, зменшують боєздатність, а й впливають на професійну придатність окремих категорій військових.

Мета дослідження: провести аналіз впливу участі в бойових діях на розвиток ерозивно-виразкових уражень шлунка у військовослужбовців Збройних Сил України.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось шляхом ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів – військовослужбовців ЗСУ, які перебували на лікуванні у клініці гастроентерології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ». Під спостереженням знаходилося 100 пацієнтів з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка, підтвердженими ендоскопічно. Розподіл на групи здійснювався відповідно до участі у бойових діях. До основної групи включено 50 пацієнтів з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка, які брали участь в бойових діях. Групу порівняння склали 50 пацієнтів з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та які не брали участь у бойових діях.

Результати. Встановлено, що серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, виразкові ураження шлунка склали 10%, в тому числі 4% – виразки розміром більше 1 см (2,5 см та 5 см), множинні ерозії – 13%, поодинокі ерозії – 27%. Серед військовослужбовців, що не брали участь в бойових діях, структура уражень була наступною: виразки до 1 см – 6%, виразки більше 1 см (1,5см) – 2%, множинні ерозії – 7%, поодинокі ерозії – 35%. Також серед комбатантів діагностувалась більш виражена симптома-тика захворювання. Так диспепсичний синдром окремо чи у поєднанні з бо-льовим синдромом зустрічався у 90% комбатантів, тоді як у некомбатантів ці синдроми зустрічались у 84% випадків. Окрім того, мало місце подовження тривалості лікування комбатантів до $12,3 \pm 0,9$ ліжко-днів в порівнянні з $10,4 \pm 0,8$ ліжко-днів серед некомбатантів. Суб'єктивне відчуття покращення стану

після проведеного лікування відмітили 64% військовослужбовців, які не брали участь у бойових діях порівняно з 42% учасників бойових дій.

Висновок. Аналіз отриманих даних свідчить, що участь у бойових діях, як стресовий чинник, призводить до більш важкого перебігу ерозивно-виразкових захворювань шлунка у військовослужбовців. У комбатантів, порівняно з військовослужбовцями, які не брали участь у бойових діях, частіше реєструвались диспепсичний та больовий синдроми, виявлялися більш виражені ендоскопічні зміни, а термін лікування був довшим. Отримані результати підтверджують загальну тенденцію, а також потребують більш глибокого вивчення.

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

А.Ю. Гумінська, М.М. Козачок

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Особливості перебігу, функції зовнішнього дихання, послідовність структурних і функціональних змін серця хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) є важливим і актуальним для визначення тактики ведення, оцінки індивідуального ризику для кожного пацієнта.

Мета роботи: вивчити особливості перебігу, функції зовнішнього дихання, внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих хронічним обструктивним захворюванням легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 57 пацієнтів з ХОЗЛ (II, III, IV ступені тяжкості); чоловіків – 52, жінок – 5, середній вік – $80,28 \pm 1,23$ років, індекс куріння – $30,6 \pm 1,3$, ІМТ – $28,6 \pm 0,21$. Діагноз ХОЗЛ встановлювався на підставі клінічної картини захворювання, анамнезу можливої екзогенної дії, лабораторних і інструментальних методів обстеження. Пацієнти були розділені на 2 групи: 1-а – ХОЗЛ (23), 2-а – ХОЗЛ у поєднанні з ІХС (34) (стабільна стенокардія напруги ФК II).

Результати. Основною клінічною ознакою у 55 (96,5%) пацієнтів із загостренням ХОЗЛ був кашель із виділенням слизисто-гнійного харкотиння. Інтенсивність кашлю у хворих із загостренням ХОЗЛ перевищувала вихідний рівень (до загострення ХОЗЛ) і становила в середньому ($2,62 \pm 0,19$) бала, причому виразність кашлю у хворих із поєднаною кардіореспіраторною патологією (КРП) порівняно до групи на ізольований перебіг ХОЗЛ була невірогідною ($p > 0,05$).

Одним із основних проявів загострення ХОЗЛ у всіх обстежених хворих було збільшення задишки. У стані спокою задишка відзначена у 45 (78,9%) хворих, із них у 15 (65,2%) хворих першої групи та у 30 (88,2%) пацієнтів другої групи ($p < 0,1$). При фізичному навантаженні (ходьбі) задишка турбувала 100% хворих.

При аналізі показників, що характеризують прохідність повітряносних шляхів, виявлена наступна особливість. У всіх хворих із поєднаною КРП виявлено вірогідне зменшення середніх значень показника швидкості об'єму форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ₁) нижче норми ($p < 0,001$). Індекс Тіффно (ОФВ₁/ФЖЄЛ) у хворих всіх груп дослідження був менше 70%, що вказувало на обструктивний характер порушення ФЗД. Зокрема, індекс Тіффно у хворих на ізольований перебіг ХОЗЛ становив $(64,77 \pm 2,98)\%$ від належних величин. У хворих із поєднанням ХОЗЛ і ІХС ССН I–II ФК індекс Тіффно становив, відповідно, $(57,62 \pm 4,01)\%$ від належних величин ($t=7,00$; $p < 0,001$), що також було вірогідно менше по відношенню до значень показників у групі з ізольованим ХОЗЛ.

За даними ЕКГ добова тривалість ішемії міокарда (ДТІМ) в обох групах не перевищувала 40 хв, різниці показників у групах дослідження були вірогідними ($p < 0,05$). У пацієнтів із поєднаною КРП переважали шлуночкові екстрасистолії, що встановлені у 18,20% випадків. Групові і поодинокі шлуночкові екстрасистолії виявлялись у більшій кількості хворих із КРП.

Висновок. Зменшення зазначених параметрів ФЗД у хворих за поєднання ХОЗЛ і ІХС ССН I–II ФК порівняно з показниками пацієнтів на ізольований перебіг хвороби засвідчує бронхообструкцію, що, ймовірно, є наслідком ремоделювання дихальних шляхів в результаті фіброзних змін в бронхах. За результатами дослідження ФЗД у хворих на ізольований перебіг ХОЗЛ встановлено ДН I ст. у 13 (56,5%) пацієнтів і ДН II ст. – у 10 (43,5%) хворих. На відміну, у хворих із поєднаною КРП ДН II ст. визначали уже у 24 (70,6%) хворих. Отже, поєднання ХОЗЛ III ст. тяжкості і ІХС ССН I–II ФК поглиблює бронхіальну обструкцію, що призводить до ДН, а розвиток і прогресування ІХС ССН відбувається на тлі наростання ступеня тяжкості вентиляційних порушень.

ЗМІНИ З БОКУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ПОРАНЕНИХ У ГРУДНУ КЛІТКУ: ОСНОВНІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ

О.А. Красюк, О.О. Івасишена

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність дослідження. Різноманітність вісцеральних змін при травмі, їх зв'язок із травмою і визначеною еволюцією раньового процесу не залишають сумнівів у доцільності їхнього постійного аналізу. Частота бойових уражень грудної клітки в сучасних локальних збройних конфліктах залишається високою і складає близько 11,7% від усіх бойових поранень і травм. У структурі проникних поранень грудної клітки у 80% випадків ушкоджуються легені, у 10–15% – перикард, серце, великі судини, у 5% – трахея, стравохід, діафрагма. Такий тип поранення часто супроводжується значним ушкодженням груднинореберного каркасу та внутрішніх органів, бактеріальним забрудненням

ранового каналу, важкими ускладненнями, високою летальністю (до 37%) у зв'язку з масивною крововтратою, травматичним шоком і гострою дихальною недостатністю.

Мета роботи. Дослідити зміни з боку дихальної системи у військово-службовців, які отримали поранення грудної клітки в ході проведення анти-терористичної операції та операції об'єднаних сил.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 105 учасників АТО/ООС, поранених у грудну клітку, які знаходилися на лікуванні у відділенні торакальної хірургії та травматологічному відділенні НВМКЦ «ГВКГ» у період 2014–2020 рр. Були проаналізовані клінічні, лабораторні, рентгенологічні дані, результати ультразвукового дослідження плевральних порожнин, мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ). Статистична обробка отриманих результатів виконувалася за допомогою стандартного пакету функцій «Microsoft Excel».

Результати дослідження. У період з 2014 року по 2020 рік у відділення торакальної хірургії поступило 94 (89,5%) учасників АТО/ООС, поранених у грудну клітку, у травматологічне відділення – 11 (10,5%). Всі поранені були чоловічої статі. Вікова структура військовослужбовців учасників АТО/ООС за досліджуваний період становила: до 20 р. – 2 (1,9%), від 20 до 29 р. – 46 (43,8%), від 30 до 39 р. – 34 (32,4%), від 40 до 50 р. – 21 (20%), понад 50 р. – 2 (1,9%). Середній вік склав 32 ± 2 роки.

За механізмом поранення пацієнти були розподілені на три групи: 1 група – кульові поранення, $n=28$ (26,7%); 2 група – осколкові, $n=44$ (41,9%); 3 група – мінно-вибухові поранення, $n=33$ (31,4%). За характером поранення органів грудної клітки ізольовані поранення становили 26,7%, поєднані – 28,6%, множинні – 38,1%, комбіновані – 6,7%. Однобічне ураження грудної клітки становило 83,8%, двобічне ураження – 16,2%. За локалізацією поранення інших ділянок структуровані так: кінцівки – 47,6%, живіт – 28,6%, хребет – 13,3%, голова – 12,4%, шия – 7,6%, таз – 5,7%.

У поранених спостерігалися такі зміни з боку дихальної системи: гострий респіраторний дистрес-синдром – 2,9%, емпієма плеври – 2,9%, ателектаз – 9,5%, пневмоторакс – 10,5%, гемоторакс – 19%, посттравматична пневмонія – 24,8%, посттравматичний плеврит – 25,7%, забій легені – 35,2%, пульмоніт – 39%, гемопневмоторакс – 61,9%. Симптоматично це проявлялося болем у грудній клітці, кашлем, задишкою, підвищенням температури тіла.

За даними нашого дослідження встановлено, що діагностика бойових уражень грудної клітки на етапі кваліфікованої медичної допомоги в основному ґрунтувалась на даних рентгенографії органів грудної клітки і МСКТ. Найбільш достовірним методом діагностики виявилась МСКТ, що у переважній більшості випадків (87,6%) дозволила визначити характер, обсяг уражень грудної клітки та їх ускладнення.

Висновок: Згідно проведених досліджень було виявлено, що серед поранених найбільшу кількість становлять чоловіки від 20 до 40 років (76%), які

належать до вікової групи з найвищими показниками боєздатності та працездатності. У більшості поранених спостерігався осколковий генез травми та мінно-вибухове ураження: 41,9% та 31,4% відповідно. За видом поранення переважну кількість склали військовослужбовці з множинними пораненнями – 38,1% (40 пацієнтів) та поєднаними – 28,6% (30 пацієнтів). Переважало однобічне ураження грудної клітки – 83,8%.

Найбільш часто поранення грудної клітки поєднувалось з пораненням кінцівок – 47,6%, на другому місці – з пораненням у живіт – 28,6%. Серед змін з боку дихальної системи частіше виникали гемопневмоторакс – 61,9%, пульмоніт – 39% та забій легені – 35,2%.

За даними нашого дослідження встановлено, що діагностика бойових уражень грудної клітки на етапі кваліфікованої медичної допомоги за допомогою МСКТ у 87,6% випадків дозволила визначити характер, обсяг уражень грудної клітки та їх ускладнення.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС

В.В. Капкович, М.М. Селюк

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з провідних проблем на сьогоднішній день через значну поширеність та велику кількість її небезпечних ускладнень. Поширеність артеріальної гіпертензії на теперішній час в Україні становить 35% дорослого населення (близько 13 млн осіб). За матеріалами епідеміологічних, клінічних та експериментальних робіт підвищений рівень артеріального тиску (АТ) є одним із провідних факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) та цереброваскулярних хвороб (ЦВХ). Більшість авторів у своїх дослідженнях відзначають значний внесок АГ у рівні захворюваності, смертності та інвалідності серед населення. Поширеність АГ істотно коливається в різних країнах світу. Вона залежить від професійної діяльності населення, характеру харчування, частоти чинників ризику, надмірної маси тіла (НМТ), дисліпопротеїнемії (ДЛП), рівня психоемоційного напруження, а також від поширеності шкідливих звичок серед населення. Умови військової служби, що характеризуються постійним психоемоційним та фізичним навантаженням, особистою відповідальністю за забезпечення повсякденної готовності до виконання завдань зі збройного захисту Держави, створюють передумови до виникнення у військовослужбовців артеріальної гіпертензії (АГ). Підтримання постійної бойової готовності особового складу ЗС вимагає від медичної служби проводити комплекс заходів з раннього виявлення та лікування АГ, що сприяє попередженню прогресування захворювання та розвитку ускладнень.

Мета дослідження. Визначити частоту виникнення та особливості перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) в учасників АТО/ООС і проаналізувати коморбідність.

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань були використані архівні матеріали НВМКЦ «ГВКГ» та аналітико-статистичний метод. Вихідними даними були архівні матеріали за період з вересня 2018 по вересень 2019 року.

Результати дослідження. Після вивчення та узагальнення даних поширеності захворювань серед учасників АТО виявлено, що найбільш поширеною нозологією у даної категорії пацієнтів є АГ (80,3%). За визначений період з верифікованим діагнозом АГ на лікуванні у відділенні кардіології знаходилось 2467 осіб, серед них учасників АТО/ООС – 637 осіб (25,8%). Проаналізувавши структуру АГ в учасників АТО, було встановлено, що домінує II стадія захворювання (АГ II стадії була діагностована у 406 пацієнтів, що складало 63,0%). АГ I стадії зустрічається у 30%, випадків (189 пацієнтів), а АГ III стадії – у 42 хворих, що становило 7,0% (Рис. 1).

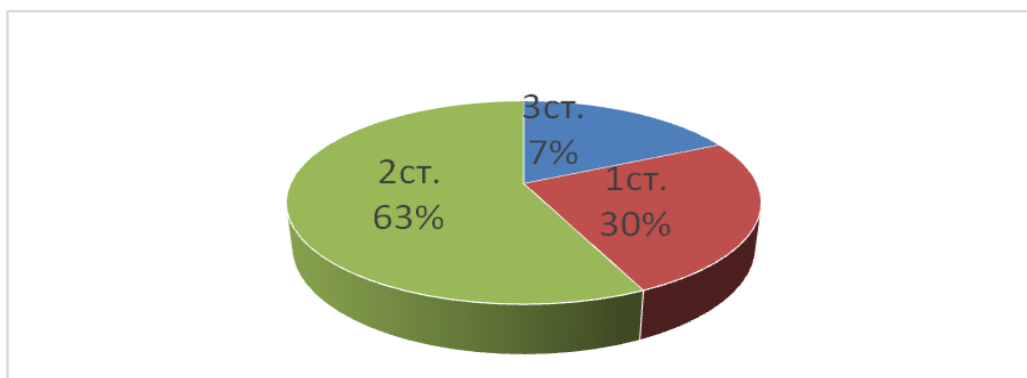


Рисунок 1. Структура АГ у часників АТО/ООС за стадіями

При вивченні коморбідності в учасників АТО/ООС з АГ нами виявлено, що серед некардіальної патології в учасників АТО з АГ найчастіше зустрічається ЦВХ (57%). На другому місці за частотою виникнення було аліментарно-конституційне ожиріння (25%).

Астено-невротичний стан був діагностований у 18% пацієнтів з АГ. Найчастіше поєднання АГ з некардіальною патологією зустрічається у пацієнтів II та III стадії (Рис. 2).

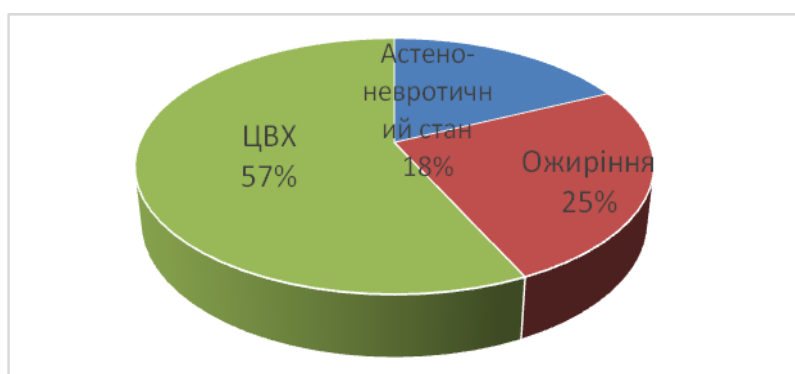


Рисунок 2. Структура коморбідності АГ у учасників АТО/ООС

Висновки. Артеріальна гіпертензія – захворювання, яке найбільш поширене серед кардіологічної патології, що зустрічається в пацієнтів категорії учасники АТО/ООС.

Серед пацієнтів цієї категорії найпоширеніша АГ II стадії, 2 ступеня. Найчастіше серед некардіальної патології у пацієнтів учасників АТО/ООС з артеріальною гіпертензією зустрічаються ЦВХ та аліментарно-конституційне ожиріння.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

О.Е. Левченко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Фізична реабілітація є невід’ємною складовою реабілітаційних заходів у пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС). Одним із основних завдань постінфарктного періоду є цілісний підхід до адаптації пацієнтів із застосуванням як медикаментозних, так і фізичних компонентів.

З точки зору Американської асоціації профілактики серцево-судинних захворювань і реабілітації хворих (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACVPR, 2005) кардіореабілітація – це скоординований, багатогранний комплекс заходів, спрямованих на оптимізацію фізичного, психологічного та соціального стану пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, що сприяють стабілізації, сповільненню прогресування і навіть зворотньому розвитку атеросклеротичного процесу, що в кінцевому результаті, сприяє зниженню захворюваності та смертності.

Основними задачами фізичної реабілітації пацієнтів з гострим коронарним синдромом є:

Покращення коронарного кровотоку та обмінних процесів в міокарді.

Підвищення скорочувальної здатності міокарда.

Економізація діяльності серця з метою зниження потреби в кисні.

Стимуляція периферичного кровообігу та екстракардіальних факторів гемодинаміки.

Попередження розвитку ускладнень (серцева недостатність, порушень ритму тощо).

Підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Для визначення величини фізичного навантаження у пацієнтів кардіологічного профілю необхідно оцінити показники стану серцево-судинної системи та здійснити розрахунок індивідуальної величини однократного фізичного навантаження.

Для досягнення бажаного ефекту при застосуванні лікувальної фізкультури у хворих з гострим коронарним синдромом необхідно дотримуватись наступних принципів:

ранній початок проведення відновлювальних заходів;

комплексність використання різноманітних засобів фізичної реабілітації;
 систематичність проведення;
 поступовість дозування фізичного навантаження (з урахуванням періоду перебігу ГКС та наявності ускладнень);
 індивідуальна величина фізичного навантаження (залежно від тяжкості стану хворого, його віку та толерантності до фізичного навантаження);
 індивідуальний підбір вправ (залежно від тяжкості стану хворого, його віку та толерантності до фізичного навантаження);
 дотримання етапності проведення.

Отже, комплексна реабілітація кардіологічних пацієнтів – це процес, що повинен починатись негайно; продовжуватись безперервно; проводитись поетапно; ґрунтуватись на індивідуальних особливостях хворого; здійснюватись способом, що прийнятний для хворого та його оточення. Застосування індивідуально адаптованої програми реабілітації в післяінфарктному періоді у хворих із ГКС сприяє більш швидкій та ефективнішій ліквідації клінічних проявів серцевої недостатності та порушень систоло-діастолічної функції лівого шлуночка.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

А.О. Лукашук, С.В. Свічарова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) – це хронічне захворювання, що вимагає протягом життя регулярного контролю глікемічного профілю та розроблення принципів попередження розвитку та ранньої діагностики хронічних ускладнень. Гіперглікемія є звичайним наслідком неконтрольованого діабету і з часом призводить до пошкодження багатьох систем організму, що проявляються мікроангіопатією, яка включає в себе діабетичну ретинопатію та діабетичну нефропатію та макроангіопатіями: ураження судин серця, судин головного мозку, периферичних судин кінцівок; діабетична нейропатія та синдром діабетичної стопи.

Захворюваність на ЦД надзвичайно висока і постійно зростає. Згідно зі статистикою ВООЗ на сьогодні кожна десята людина в світі хворіє на ЦД. Згідно з прогнозами до 2030 року кількість хворих становитиме 552 мільйони чоловік. Проблема ЦД основана на ранній діагностиці захворювання, щоб попередити розвиток ускладнень. Захворювання характеризується тривалою безсимптомною доклінічною стадією розвитку і довго залишається нерозпізнаним через відсутність будь-яких клінічних проявів до постановки діагнозу, в результаті чого на момент постановки діагнозу виникають ускладнення.

Необхідність ранньої діагностики уражень органів-мішеней при ЦД стало передумовою для проведення даного наукового дослідження.

Мета дослідження. Визначення ефективності діагностики уражень органів-мішеней на основі лабораторних показників, використання реовазографічного дослідження пацієнтів, хворих на ЦД.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводились на базі клініки нефрології НВМКЦ «ГВКГ» у 2018–2020 рр. шляхом ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів з цукровим діабетом. Пацієнти були поділені на дві групи. Перша група – пацієнти з вперше виявленим ЦД та захворюванням до 1 року, друга – до 5 років захворювання на ЦД.

1. Лабораторні: біохімічне дослідження крові (глюкоза, глікозильований гемоглобін, загальний холестерин, ЛПВЩ, ЛПНЩ, тригліцериди, креатинін, ШКФ).

2. Функціональні (реовазографія судин нижніх кінцівок).

3. Математично-статистичні методи.

Результати дослідження. Проведено порівняльний аналіз загального холестерину, його фракцій, глюкози крові, глікозильованого гемоглобіну, креатиніну та швидкості клубочкової фільтрації. У групі пацієнтів тривалістю захворювання до 5 років були виявлені порушення ліпідного обміну, підвищення загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, ЛПВЩ та підвищення в обох групах рівня глюкози та глікозильованого гемоглобіну. Також у другій групі пацієнтів спостерігається зниження клубочкової фільтрації та підвищення рівня креатиніну плазми, що свідчить про ураження нирок на фоні гіперглікемії.

Для вивчення характеру місцевого кровообігу нижніх кінцівок нами був застосований метод реовазографії. Досліджувалися такі характеристики місцевого кровообігу у гомілках: пульсове артеріальне кровонаповнення, тонус магістральних артерій, тонус регіональних артерій великого калібру, тонус регіональних артерій середнього калібру, дикротичний індекс, венозний відтік. Артеріальне кровонаповнення є одним із найважливіших і ранніх інтегральних показників ураження місцевого кровообігу. Зменшення на фоні гіперглікемії призводить до порушень доставки кисню і БАР клітинам, а отже до розвитку циркуляторної ішемічної гіпоксії і, як наслідок, до пов'язаних з нею дистрофічних змін. Реовазографія була проведена у 40% пацієнтів першої та другої групи хворих на ЦД.

Висновки. У пацієнтів I-ї групи, спостерігаються зниження пульсового артеріального кровонаповнення ($PI < 0,5$) у 10% пацієнтів, а також підвищення тонуру регіональних артерій великого та середнього калібру у 30% хворих. У пацієнтів II-ї групи спостерігається зниження пульсового артеріального кровонаповнення у 60% пацієнтів, а також підвищення тонуру регіональних артерій великого та середнього калібру у 75% пацієнтів, що свідчить про прогресування макросудинного ураження з тривалістю захворювання на ЦД близько 5-ти років та ефективності реовазографії як скринінгу раннього ураження судин нижніх кінцівок.

Проведення регулярного моніторингу біхімічних показників, таких як глюкоза, глікозильований гемоглобін, загальний холестерин, ЛПВЩ, ЛПНЩ, тригліцериди, креатинін, ШКФ для визначення ранніх порушень змін органів-мішеной

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ У 2017 РОЦІ ТА 2021 РОЦІ (ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19)

С.В. Мосур, Ю.В. Рум'янець, К.Ю. Марущенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Будь-який масштабний спалах небезпечної інфекції чинитиме негативний вплив на людей та суспільство. Сучасна пандемія COVID-19 супроводжується поширеною «інфодемією» та очікуваною прийдешньою «епідемією» паніки, передбачувано спричиняючи суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів, і як наслідку – зростання аутоагресивних дій аж до суїциду. Н. А. Nasrallah, головний редактор журналу «Сучасна психіатрія» (Current Psychiatry) вважає, що «вірусна пандемія викликала паралельну епідемію тривоги». В Україні на сьогодні ситуація погіршується в зв'язку з бойовими діями на сході країни. Негативний вплив хронічного стресу реалізується зростанням неспсихотичних психічних розладів, зокрема, тривожних і депресивних розладів як серед військовослужбовців, так і населення в цілому. Проте практично відсутні наукові дані щодо розповсюдженості тривожних і депресивних розладів у військових лікарів, що і обумовило проведення нашого дослідження.

Мета. Провести аналіз розповсюдженості тривожних та депресивних розладів військових лікарів у 2017 році та 2021 році (період пандемії COVID-19).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено анонімне опитування військових лікарів за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), щодо виявлення та оцінки тяжкості тривожних та депресивних розладів. Зазначена шкала включає 14 питань, 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 – рівень депресії. Вибрані відповіді переводяться у бальну шкалу, де 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічні прояви тривоги/депресії, ≥ 11 – клінічно виражена тривога/депресія.

В 2017 році було проведено анонімне опитування у 102 військових лікарів (з них 32 особи чоловіків і 70 жінок), які на той час працювали в клініці амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», Луцькому військовому госпіталі та були слухачами Української військово-медичної академії (УВМА). В 2021 році – у 102 військових лікарів (з них 30 осіб чоловіків і 72 жінок), які працюють в

клініці амбулаторної допомоги та клініках терапевтичного профілю Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» та військовому мобільному госпіталі № 66 м. Покровськ.

Результати та обговорення. Проведено порівняльний аналіз поширеності тривожних та депресивних розладів військових лікарів у 2017 та 2021 роках. Згідно з результатами анкетного опитування за шкалою HADS, порівнюючи з даними 2017 року, у 2021 році виявлено збільшення проявів субклінічної тривоги на 7,84%, клінічно вираженої тривоги – на 6,86%, субклінічної депресії – на 9,80%, клінічно вираженої депресії – на 3,92%, поєднання тривожних та депресивних розладів – на 10,78%. Також за результатами вищезазначених отриманих даних був проведений порівняльний аналіз показників тривожних та депресивних розладів у військових лікарів чоловічої та жіночої статі. За даними нашого дослідження було встановлено, що порівняно з 2017 роком, в осіб чоловічої статі у 2021 році відмічалось збільшення проявів субклінічної тривоги на 10,21%, клінічно вираженої тривоги – на 3,54%, поєднання тривожних та депресивних розладів – на 10,78%, та зменшення проявів субклінічної депресії на – 3,13% і клінічно вираженої депресії – на 0,01%. У жінок в 2021 році відмічалось збільшення проявів субклінічної тривоги на 3,50%, клінічно вираженої тривоги – на 4,20%, субклінічної депресії – на 7,70%, клінічно вираженої депресії – на 2,80%, поєднання тривожних та депресивних розладів збільшення – на 7,00%.

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчить про виявлене підвищення поширеності та тяжкості тривожних та депресивних розладів серед військових лікарів у 2021 році в порівнянні з 2017 роком, що обумовлене стресовими чинниками, пов'язаними з пандемією COVID-19. Про підвищення тяжкості перебігу тривожних та депресивних розладів у 2021 році, в свою чергу, свідчить не лише збільшення відсотків по окремим показникам інтерпретації результатів дослідження (субклінічна тривога, клінічно виражена тривога, субклінічна депресія, клінічно виражена депресія), а й тенденція до збільшення поєднаних тривожно-депресивних розладів на 10,78% в осіб обох статей, та зокрема: у чоловіків – на 10,78%, у жінок – на 7,00%.

Шкала HADS має низку переваг, що полягають у простоті отримання та обробки інформації, отже може бути рекомендованою для первинного скринінгу тривоги й депресії серед військових лікарів, з метою раннього виявлення тривожно-депресивних розладів, своєчасного надання психологічної/психіатричної допомоги та відновлення боєздатності.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МОЛОДОГО ВІКУ: ДІАГНОСТИКА, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ

І.І. Паламарюк, С.А. Бичкова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність теми. В останні роки у світі зростає захворюваність на бронхіальну астму (БА), яка досягла рівня епідемії: за даними міжнародних епідеміологічних досліджень поширеність БА в різних регіонах світу становить від 5% до 15%, що значною мірою пов'язано із забрудненням оточуючого середовища. За останні 10 років цей показник зростає щорічно на 5–8%, а інвалідність збільшується в середньому на 2,5% на рік.

Не зважаючи на впровадження у практику сучасних принципів лікування БА, досягти повного контролю над хворобою не вдається – загострення відбуваються навіть на тлі адекватної базисної терапії через вірусні інфекції, вдихання пилу, пасивне паління.

Мета дослідження – визначити частоту, структуру захворюваності, особливості діагностики та лікування бронхіальної астми у військовослужбовців строкової та контрактної служби.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективно досліджено медичні карти 118 військовослужбовців, хворих на БА, які проходили лікування в клініці пульмонології НВМКЦ «ГВКГ» протягом 2017–2019 рр. Для подальшого дослідження було відібрано 71 медичну карту. 1 групу хворих склали 25 військовослужбовців строкової служби; 2 групу – 46 військовослужбовців контрактної служби. У всіх хворих вивчалися дані анамнезу (давність виникнення перших проявів захворювання, наявність ознак атопії, кількість загострень за рік, тривалість та кількість госпіталізацій за рік, тривалість останньої ремісії, базисна терапія до моменту обстеження). Всім хворим було проведено дослідження функції зовнішнього дихання. Первинна база сформована в Excel, статистичний аналіз проводився з використанням ліцензійного пакету Statistica 10 для Windows 7.

Результати та обговорення. Отримані дані свідчать про достовірне зниження показників ФЖЕЛ та ОФВ1 в 2 групі хворих ($86,1 \pm 3,5\%$ та $88,0 \pm 4,9\%$ проти $78,3 \pm 5,6\%$ та $67,1 \pm 4,2\%$ у 2 групі відповідно). Також були виявлені і вірогідні відмінності показника МОШ 50% – $70,3 \pm 5,8\%$ в 1 групі проти $59,2 \pm 4,3\%$ у 2 групі ($p < 0,05$). Такі відмінності можна пояснити більшим ураженням бронхолегеневої системи у військовослужбовців за рахунок не тільки патогенезу БА, але і додаткових факторів бойових дій, наявного системного запалення.

В результаті проведеного лікування у хворих із загостренням БА відбувалась швидко виражена позитивна динаміка клінічних симптомів за загальним астма-рахунком (зменшення вираженості і частоти проявів симптомів), що досягала максимальних значень на 7–10-й день при легкому загостренні і

на 10–14-й день при середньо-тяжкому загостренні. Вірогідне зменшення симптомів відбувалось на кінець 1-го тижня лікування. При легкому загостренні загальний астма-рахунок за симптомами і споживанням β_2 -агоністів короткої дії зменшився в 1-й групі з $(10,0 \pm 0,5)$ балів до $(2,8 \pm 0,3)$ балів, в 2-й групі – з $(15,0 \pm 0,6)$ балів до $(1,0 \pm 0,1)$ балів, в 3-й групі – із $(13,9 \pm 0,5)$ балів до $(1,5 \pm 0,1)$ балів.

Висновки. У військовослужбовців строкової служби було виявлено інтермітуючу (44%) та персистуючу бронхіальну астму легкого перебігу (66%). У військовослужбовців контрактної служби, які брали участь в АТО/ООС, в переважній кількості випадків була виявлена персистуюча БА середньотяжкого перебігу (51,3%). Військовослужбовці із БА, що проходили службу в зоні АТО/ООС мають тяжчий перебіг захворювання, що підтверджується даними спірометрії. Індивідуально підібране лікування згідно нормативів GINA дозволяє покращити перебіг БА у військовослужбовців.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД НИХ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ

О.О. Танасійчук, Н.В. Попенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Близько 3% населення земної кулі хворіє на цукровий діабет. Кожні 10–15 років кількість таких хворих у всіх країнах світу подвоюється. Хронічний стрес, нервові зриви, неправильний спосіб життя сприяють прогресуванню захворювання і є пусковим механізмом його початку при обумовленій спадковій схильності і надмірній масі тіла. Враховуючи всі ці фактори, багатьох військовослужбовців зони ООС можна розглядати як потенційну групу ризику з цукрового діабету.

Мета дослідження. Проаналізувати фактори ризику розвитку цукрового діабету в учасників АТО/ООС, особливості клінічного перебігу, діагностики та залежність від них тривалості лікування.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 90 хворих на цукровий діабет I і II типу військовослужбовців. Основну групу склала 51 особа – учасники АТО/ООС. Для контрольної групи відібрали 39 осіб, які не брали участі у бойових діях на Сході України. У комплекс обстеження входили загальноклінічні дослідження (опитування, фізикальне дослідження, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі), біохімічні дослідження (глікозильований гемоглобін, сечовина, глюкоза крові, ліпідний профіль). Додатково використовувалися інструментальні методи дослідження (ЕКГ, Ехо КГ, коронарографія, УЗД ОЧП, реовазографія та доплерографія нижніх кінцівок), консультації спеціалістів (ангіохірург, окуліст, уролог, невропатолог).

Отримані результати і висновки. Проаналізувавши лабораторні дані обстеження, в основній групі виявили, що середній показник глюкози крові в середньому становив 11,6 ммоль/л, в той час як у пацієнтів контрольної групи рівень глюкози крові нижче і становив 8,9 ммоль/л. Показники ліпідів сироватки крові в обох групах істотно не відрізнялися. Вивчаючи структуру гіпертонічної хвороби у військовослужбовців зони АТО, встановили, що домінує II стадія хвороби (48,2%). Серед ускладнень цукрового діабету в основній групі хворих найчастіше зустрічались діабетична ангіопатія нижніх кінцівок (73%), діабетична полінейропатія з переважним ураженням нижніх кінцівок (63,2%). Діабетичне ураження сітківки у них зустрічалося значно рідше (23%). В контрольній групі переважно мали місце ці ж ускладнення, що і в основній групі: діабетична ангіопатія нижніх кінцівок (81,8%), діабетична полінейропатія з переважним ураженням нижніх кінцівок (90,9%), діабетичне ураження сітківки (68,7%).

Стосовно психоемоційного профілю у хворих основної групи спостерігалися астеноневротичний синдром (42%), посттравматичні стресові розлади (34,2%), а в контрольній групі зустрічались енцефалопатії та були відсутні посттравматичні стресові розлади.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, можемо говорити про безпосередній вплив факту участі в бойових діях на розвиток і динаміку перебігу цукрового діабету I і II типів. Посттравматичні стресові розлади у військовослужбовців зони АТО/ООС провокують розвиток цукрового діабету і ускладнюють його перебіг. Підвищення рівня ліпопротеїдів низької щільності у таких хворих є додатковим фактором ризику розвитку ГХ і призводить до розвитку макроангіопатій: інфаркт міокарда, ГПМК. Значний відсоток гіпертонічної хвороби (ГХ) I стадії (49,7%) дозволяє припустити, що участь у АТО/ООС провокує виникнення ГХ, часто у молодому віці (25–45 років).

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19

К.П. Беляєва, В.І. Трихліб

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність проблеми. Пневмонія відноситься до числа поширених інфекційних захворювань і займає перше місце серед причин летальності від інфекційних хвороб і шосте місце серед усіх причин летальності. За оцінками, захворюваність становить 2–12 випадків на 1000 населення на рік. У Європі щороку госпіталізують до 32% хворих з негоспітальною пневмонією, а рівень смертності від неї сягає 9,1%. Національний центр статистики охорони здоров'я США повідомив про 1,7 мільйона відвідувань відділів невідкладної допомоги у 2017 році, в яких пневмонія була основним діагнозом виписки, і відзначив пневмонію як причину смерті 49 157 осіб у 2017 році.

Натомість, у 2019 році світ стикнувся з новим викликом. Спалах нової хвороби Corona Virus 2019 (COVID-19), спричиненої важким гострим респіраторним синдромом-Corona Virus 2 (SARS-CoV-2), розпочався у грудні 2019 року. Диференційна діагностика вкрай важка, через однакову клінічну картину негоспітальної пневмонії та пневмонії, викликаної вірусом SARS-CoV-2, вкрай бідній аускультативній картині, у загальному аналізі крові зміни можуть бути відсутні, та і рентгенологічні зміни також можуть запізнюватись. Окрім цього рентгенологічні або КТ прояви можуть бути схожі при різній етіології вірусних пневмоній.

Мета: встановити особливості негоспітальних пневмоній під час епідемії COVID-19.

Матеріали і методи. Були вивчені дані 92 медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Центральному госпіталі МВС, з приводу негоспітальної пневмонії, у яких при обстеженні на COVID-19, не виявлено РНК вірусу методом ПЛР дослідження.

Результати. Вікова структура хворих була наступною: до 20 років – 5%, 21–30 років – 25%, 31–40 років – 17%, 41–50 років – 13%, 51–60 років – 12%, 61–70 років – 15%, 71–80 років – 7%, >81 років – 6%. Розподіл за контингентами був наступний: військовослужбовці строкової служби – 20%, військовослужбовці за контрактом – 3%, офіцери – 6%, пенсіонери – 26%, інші категорії (цивільні співробітники). Середній ліжко-день $Me=14$ ($Q_{25}=11$, $Q_{75}=17$), $min=3$, $max=35$ років. При госпіталізації хворі пред'являли скарги на задишку – 51,1%, вологий кашель – 45,7%, сухий кашель – 44,6%, біль у грудях – 30,4%, нежить – 13,04%, головний біль – 10,9%, біль у горлі – 7,6%, озноб – 4,3%, біль у суглобах – 2,2%, біль у попереку – 2,2%, підвищену втому – 3,3%, підвищену пітливість – 5,4%, біль в животі – 1,1%, ломоту в тілі – 2,2%, утруднене дихання – 8,7%, нудоту – 3,3%, запаморочення – 2,2%. При госпіталізації у 33,8% реєструвалась субфебрильна температура, у 43,1% – фебрильна, у 18,5% – піретична. Локалізація пневмонічної інфільтрації була: у 32% – в нижній долі правої легені, у 3% – середній долі правої легені, у 5% – у верхній долі правої легені, у 3% – полісегментарна справа, у 25% – в нижній долі лівої легені, у 3% – верхній долі зліва, у 3% – полісегментарна зліва, у 26% – двобічна.

Встановлена тенденція: у військовослужбовців строкової служби частіше локалізація була в нижній долі лівої легені (у 38,9%), в той же час правобічна локалізація – у офіцерів, військовослужбовців за контрактом переважно у правій легені та у нижній долі, у пенсіонерів – по 25% – в нижній долі правої легені та нижній долі лівої легені, двобічна локалізація – у 37,5%. Середній рівень сатурації при госпіталізації була $Me=96\%$ ($Q_{25}=95\%$, $Q_{75}=97\%$), $min=83\%$, $max=99\%$. У 3-х хворих з двобічною пневмонією була знижена сатурація до 88–89%. Кількість лейкоцитів при локалізації пневмонії в нижній долі справа була $Me=7,4 \times 10^9/л$ ($Q_{25}=6,1 \times 10^9/л$, $Q_{75}=10,1 \times 10^9/л$), $min=4,8 \times 10^9/л$, $max=18,9 \times 10^9/л$. При даній локалізації пневмонії у 65,5% хворих був нормоцитоз, у 31,03% –

лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, у 3,4% – більше ніж $15 \times 10^9/\text{л}$. Кількість лейкоцитів при локалізації пневмонії в нижній долі зліва була $Me=6,7 \times 10^9/\text{л}$ ($Q_{25}=4,8 \times 10^9/\text{л}$, $Q_{75}=8,6 \times 10^9/\text{л}$), $min=2,7 \times 10^9/\text{л}$, $max=14,4 \times 10^9/\text{л}$. У хворих даної групи у 17,4% була лейкопенія, нормоцитоз – у 60,9%, у 21,7% – лейкоцитоз. Кількість лейкоцитів при двобічній пневмонії була $Me=7,05 \times 10^9/\text{л}$ ($Q_{25}=4,5 \times 10^9/\text{л}$, $Q_{75}=8,8 \times 10^9/\text{л}$), $min=2,9 \times 10^9/\text{л}$, $max=23,2 \times 10^9/\text{л}$. У цих хворих лейкопенія реєструвалась у 13,6%, нормоцитоз – у 63,6%, у 13,6% – лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, у 9,1% – більше ніж $15 \times 10^9/\text{л}$. Кількість гранулоцитів при пневмонії була $Me=65,9\%$ ($Q_{25}=53\%$, $Q_{75}=75\%$), $min=32\%$, $max=90\%$. У 17,6% кількість гранулоцитів була нижче норми, у 47,3% – в межах норми, у 35,2% – більше норми. Кількість гранулоцитів при негоспітальній пневмонії з локалізацією в нижній долі праворуч була $Me=62\%$ ($Q_{25}=52\%$, $Q_{75}=71\%$), $min=41\%$, $max=90\%$. Кількість гранулоцитів при негоспітальній пневмонії з локалізацією в нижній долі ліворуч була $Me=61\%$ ($Q_{25}=42\%$, $Q_{75}=69,3$), $min=32\%$, $max=85\%$. Кількість гранулоцитів при негоспітальній пневмонії з двобічною локалізацією була $Me=69\%$ ($Q_{25}=60\%$, $Q_{75}=81,4$), $min=48\%$, $max=90\%$.

Висновок. У більш молодих хворих (до 25 років), в порівнянні з іншими віковими групами, у дорослих частіше реєструється локалізація в нижній долі лівої легені, в тому числі і в задньо-базальних відділах, що слід враховувати при огляді та обстеженні. У військовослужбовців за контрактом та офіцерів частіше була правобічна локалізація та в нижній долі, у пенсіонерів частіше була двобічна локалізація. Звертає увагу відсутність змін в кількості лейкоцитів (у біля 60% хворих) та гранулоцитів (у 47,3% хворих). При зборі скарг у хворих з підозрою на пневмонію слід звертати увагу на наявність задишки (у біля 50%) хворих, кашель може бути як сухий, так і вологий.

ГЕМОДИНАМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Ю.В. Еліяшевський, М.М. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Кардіо-васкулярна патологія претендує на лідируюче місце серед смертності в країнах, що розвиваються, та в розвинених країнах. Більше 1 млрд дорослих людей у всьому світі мають артеріальну гіпертензію (АГ). В 2020 році світ побачили оновлені клінічні рекомендації опубліковані Міжнародним товариством гіпертензії (International Society of Hypertension – ISH). Товариство адаптувало стандарти надання медичної допомоги для простішого використання країнами, що розвиваються, та для економічно розвинених країн. Було визначено рекомендований рівень артеріального тиску (АТ) для встановлення діагнозу АГ. Систолічний АТ (САТ) у межах ≥ 140 мм рт. ст. та / або діастолічний АТ (ДАТ) ≥ 90 мм рт. ст. Досягнення необхідних рівнів АТ, досягнення комплаєнсу в пацієнтів, вирішення проблем коморбідності та

поєднання АГ та нового захворювання спричиненого SARS-CoV-2. Вплив високих рівнів АТ на гемодинаміку може провокувати подальший розвиток гіпоксії. В сучасній українській медичній літературі не розглядається на достатньо серйозному рівні питання гемодинаміки та кисневого забезпечення хворих з АГ. Тому питання гемодинамічного стану хворих залишається актуальним в галузі внутрішньої медицини. Питання гемодинамічного забезпечення фізичних навантажень у хворих на артеріальну гіпертензію є актуальним у військовослужбовців в умовах значних фізичних навантажень під час несення військової служби.

Метою дослідження було визначення впливу дозованих фізичних навантажень на рівень кисню в артеріальній крові у військовослужбовців, хворих на гіпертонічну хворобу.

Результати. У дослідження включені військовослужбовці, хворі на гіпертонічну хворобу, які проходили лікування у ВМКРЛЦ (м. Ірпінь) та у НВМКЦ «ГВКГ» у 2019–2020 роках. Всі досліджувані хворі виконували навантажувальну пробу з субмаксимальним фізичним навантаженням на велоергометрі з вимірюванням АТ, визначенням сатурації киснем артеріальної крові, підрахунком ЧСС, реєстрацією ЕКГ. Також досліджуваним було проведено ЕхоКГ, загальний аналіз крові (показники гемоглобіну та еритроцитів). Нами було обстежено 40 осіб. Хворі були поділені за віком, стадією захворювання, рівнем сатурації, індексом маси міокарда лівого шлуночка. Математичну обробку отриманих результатів було проведено згідно з методиками варіаційної статистики. Статистичну обробку отриманих за допомогою дослідження даних було розраховано за допомогою програм «Statistica v6.0» для «Windows XP» та «Excel».

Нами було встановлено, що пацієнти з гіпертонічною хворобою I-ої стадії становили 32 особи (80%), II-ої стадії – 8 осіб (20%). За віком хворі були поділені на 8 вікових груп, найчисельнішою є 6-та група хворих віком від 41 до 45 років, з кількістю осіб – 12. Під час проведення проби з фізичним навантаженням зниження рівня сатурації киснем на піку навантаження в порівнянні з вихідним рівнем спостерігалось у 15 осіб (37,5%). ЧСС збільшувалось на піку навантаження в середньому на 71,32% в порівнянні з вихідним рівнем. АТ збільшувався на піку навантаження в середньому на 45,93% (САТ), 17,69% (ДАТ) в порівнянні з вихідним рівнем. З 40 хворих зниження рівня гемоглобіну нижче норми (<130 г/л) спостерігалось в 1 пацієнта (2,5%). З обстежених хворих припинили виконання проби на 3-й хвилині навантаження – 1 пацієнт (2,5%), на 6-й хвилині – 15 пацієнтів (37,5%), на 9-й хвилині – 24 пацієнти (60%). За даними ЕхоКГ підвищений індекс маси міокарду лівого шлуночка та ГЛШ спостерігалися у 8 осіб (20%), з них субмаксимального фізичного навантаження (9 хв) досягли 4 (50%) пацієнтів.

Висновок. Таким чином, нами визначено, що структурні зміни міокарду, що патогенетично пов'язані з артеріальною гіпертензією, мають негативний вплив на гемодинамічне забезпечення фізичного навантаження та можуть

бути патогенетичною ланкою подальшого гемодинамічного дефіциту. Достатні рівні гемоглобіну у 98,5% обстежуваних свідчать про відсутність впливу анемічного компоненту на гемодинамічне забезпечення. Визначені кореляційні залежності між показниками структурних змін міокарду та рівнем оксигенації крові у стані спокою та під час фізичного навантаження у військовослужбовців, хворих на гіпертонічну хворобу.

**КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ТЕРАПІЇ
ТРИВОЖНИХ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АТО/ООС НА ЕТАПІ
ЛІКУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ БОЄЗДАТНОСТІ
У ВІЙСЬКОВОМУ МОБІЛЬНОМУ ГОСПІТАЛІ
Я.Ю. Кузьменко, Ю.В. Рум'янцев, К.Ю. Марущенко
*Українська військово-медична академія, м. Київ***

Дані міжнародних досліджень свідчать, що в умовах ведення бойових дій у військовослужбовців можуть виникати дезадаптаційні психологічні реакції на бойові обставини (бойова стресова реакція (БСР), бойова втома (БВ), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), реактивні стани, як прояв важких форм бойової психіатричної патології, що складають від 10 до 50% всіх санітарних втрат, зокрема, частка ПТСР складає 15–20%. Стресогенний чинник, в свою чергу, при виснаженні адаптативних захисних ресурсів може спричиняти порушення роботи органів і систем та слугувати пусковим механізмом розвитку поведінкових та психічних розладів, різних когнітивних дисфункцій та порушень, загострень хронічних та нових соматичних захворювань. Отже, велике значення має коморбідність соматичних захворювань та психічних розладів, що ускладнюють процес лікування та можуть значно подовжувати термін відновлення боєздатності військовослужбовців.

Мета: провести клінічний аналіз ефективності схем терапії тривожних та когнітивних порушень у військовослужбовців-учасників АТО/ООС на етапі лікування та відновлення боєздатності в мобільному госпіталі.

Матеріали та методи. Дане дослідження проводилось на базі госпітального відділення в/ч А0206. У дослідження було включено 60 пацієнтів, віком від 35 до 55 років, які знаходилися на лікуванні в період з січня по серпень 2019 року, з соматичною патологією (хвороби органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення). В анамнезі всіх пацієнтів був бойовий стрес та/або бойова втома. Всі хворі отримали консультацію лікаря-невролога, в анамнезі було виключено закриту черепно-мозкову травму, акубаротравму, інші органічні ураження головного мозку. Усім хворим при госпіталізації та наприкінці стаціонарного лікування було проведено нейропсихологічне тестування за шкалою тривоги Спілбергера та Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій. За результатами дослідження була сформована

комп'ютерна база даних. Для формування бази даних і результатів використовувались програми «Microsoft Excel 2016».

Результати та обговорення. На початку лікування за шкалою тесту Спілбергера опитувані відносились до високого та помірного рівня тривожності, а за показниками Монреальського когнітивного тесту у хворих виявлялися помірні когнітивні дисфункції у вигляді зниження концентрації уваги та швидкості мислення, погіршення пам'яті, емоційної лабільності, поганої якості сну. Всі пацієнти впродовж 10 днів отримали лікування основного соматичного захворювання та додаткове призначення медикаментозної терапії для усунення тривожної симптоматики та покращення когнітивних функцій. Усі хворі були поділені на 3 групи. 1 група контролю отримувала терапію основного соматичного захворювання та комплекс вітамінів групи В1, В6, В12. 2 група хворих отримувала основну терапію, комплекс вітамінів групи В1, В6, В12 та гліцин (таблетовану форму, в добовій дозі 200 мг). 3 група хворих – основну терапію, комплекс вітамінів групи В1, В6, В12 та гідазепам (таблетовану форму, в добовій дозі 100 мг). Згідно результатів проведеного наприкінці стаціонарного лікування нейропсихологічного тестування за шкалою Спілбергера та Монреальського тесту, в 2-й та 3-й групах відмічалось зменшення симптомів тривожності, роздратованості, агресивності, покращення концентрації уваги та пам'яті. Порівнюючи дані до та після лікування за Монреальською шкалою визначили: у другій групі відмічалось покращення показників когнітивних функцій в середньому на 1,27 балів, в третій групі – на 2,55 балів. Показники тривожності у другій групі знизилися на 7,1 балів, у третій – на 12 балів. В першій групі суттєвих змін по обом нейропсихологічним шкалам не відмічалось.

Висновки. У пацієнтів 2-ї та 3-ї груп наприкінці 10 днів лікування окрім покращення загального соматичного стану, відзначалася позитивна динаміка за результатами нейропсихологічного тестування щодо зниження рівня тривожності та покращення когнітивної продуктивності. Дані хворі відмічали значне зниження рівня тривоги, покращення концентрації уваги, швидкості мислення та якості сну, зменшення емоційної лабільності вже з перших декількох днів від початку лікування, крім групи що отримувала плацебо. В групі хворих, які приймали гідазепам, відмічалось найбільше зниження тривожних симптомів та покращення показників когнітивних функцій.

Отриманий результат можна пояснити ефективністю підібраних схем комплексної медикаментозної терапії тривожних та когнітивних порушень на фоні основного соматичного захворювання, на етапі лікування в військовому мобільному госпіталі, що в свою чергу сприяє швидшому та якіснішому відновленню боєздатності військовослужбовців-учасників АТО/ООС.

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ

Ж. Лигуш, С. Бичкова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Захворювання органів дихання у військовослужбовців-учасників АТО/ООС посідають перші місця у структурі терапевтичної патології на різних етапах медичної допомоги. Однією з найактуальніших для військової медицини виступає проблема негоспітальної пневмонії (НП). 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. З початком АТО/ООС захворюваність на НП серед військовослужбовців залишається актуальною проблемою. Захворюваність на НП серед військовослужбовців строкової служби у 2017 р. становила 49%, у 2018 році – 30,5%, серед офіцерів, відповідно – 4,7% та 3,1%.

Мета. Визначення особливостей клінічного перебігу, частоти ускладнень, діагностики та лікування негоспітальної пневмонії тяжкого перебігу (НПТП) у військовослужбовців.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження історій хвороб військовослужбовців з НП тяжкого перебігу за період 2017–2019 рр. Ретроспективно досліджено медичні карти 89 військовослужбовців, хворих на НП тяжкого перебігу, які проходили лікування у ВРІТ та клініці пульмонології НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом НП тяжкого перебігу. Хворі були розподілені на 2 групи за основною ознакою – об'єм ураження легень. 1 група (n=48) – хворі на НПТП з великим обсягом ураження легеневої тканини (ураження двох і більше часток одно- чи двобічного ураження). 2 група (n=41) – пацієнти з НПТП з невеликим об'ємом ураження легеневої тканини – відповідно однобічне ураження однієї частки легені.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень встановлено залежність тяжкості перебігу НП від сезону року – максимальний рівень госпіталізації хворих на НПТП спостерігається взимку та навесні (березень). Проведений аналіз клінічної симптоматики засвідчив, що найбільш частими скаргами у хворих були: виражена загальна слабкість, інколи із головокружінням та запамороченням, задишка, підвищення температури тіла, кашель з виділенням, в переважній більшості випадків, на початку захворювання слизової, а потім гнійної мокроті, біль у грудній клітці. За результатами рентгенологічного дослідження ОГК у хворих 1 групи було виявлено високий відсоток пацієнтів із двобічним ураженням та багаточастковою пневмонічною інфільтрацією. Серед ускладнень, що зумовили тяжкий перебіг пневмонії у хворих 1 групи, були виявлені ІТШ – у 45,8%, ГРДС – у 14,5% та ексудативний плеврит – у 22,9% хворих, інфекційний міокардит – 10,7% та токсична

нефропатія – 7,1%. У хворих 2 групи ускладненнями, що зумовили тяжкий перебіг НП, були переважно: ексудативний плеврит (58,9%), реактивний гепатит – 17,7% та інфекційний міокардит – 11,8%.

Висновки. Встановлено, що переважна кількість випадків (82,8%) НППП залежить від сезону року та спостерігається в зимово-весняний період. У військовослужбовців молодого віку (строкової служби та за контрактом) встановлено високий відсоток багаточасткового та двобічного ураження легень. У хворих із НППП було встановлено, що в 96,5% та 67,9% відповідно госпіталізація відбулася впродовж 1–2 доби від початку захворювання.

ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ПЕНСІОНЕРІВ МОУ

М.І. Пешкова, М.М. Селюк, М.М. Козачок.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Першість серед хвороб і причин смерті населення України займають неінфекційні захворювання, а саме захворювання серцево-судинної системи.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 104 пацієнта чоловічої статі, віком від 33 до 93 років, середній показник складав $66,55 \pm 1,47$ років. Для дослідження вікових особливостей поширеності факторів ризику ССЗ хворі були розділені на дві групи: I група – діючі військовослужбовці, (n=22), середній вік яких складав $46,41 \pm 1,78$ років; II група – пенсіонери МОУ (n=82), середній вік яких складав $71,95 \pm 1,26$ років. Статистичну обробку результатів проводили методами варіаційної, параметричної та непараметричної статистики медико-біологічного профілю за допомогою пакета оригінальних прикладних статистичних програм «Microsoft EXEL», «Statistica 7.0».

За результатами дослідження шкідливу звичку – тютюнопаління – мали 50% в першій групі і в II групі – 18,3%. Підвищений показник ІМТ мали 72,2% військовослужбовці I групи і 64,6% – II групи. Проаналізовані показники артеріального тиску у I групі: показники середнього систолічного та діастолічного тиску склали $129,09 \pm 3,86 / 80,45 \pm 2,71$ мм рт. ст. (n=22). В II групі показники середнього систолічного та діастолічного тиску становили: $138,84 \pm 2,41 / 82,99 \pm 1,22$ мм рт. ст. (n=82). Для оцінки рівня АТ ми обрали класифікацію, запропоновану ВООЗ у дослідженні (STEPS 2019), для можливості проведення порівняльного аналізу. Відсоток пацієнтів I групи з нормальним рівнем артеріального тиску склав 77,27%; підвищений рівень тиску відмічався у 22,73% пацієнтів, за результатами власного дослідження високого рівня тиску не було виявлено. У пацієнтів II групи нормальний рівень артеріального тиску зареєстрований у 63,41%, підвищений рівень – у 26,83% пацієнтів і високий рівень артеріального тиску відмічався у 9,76% хворих. При вивченні показників лабораторних досліджень нами виявлено, що підвищення рівня холестерину спостерігалось у 45,5% випадків в I групі, а у 22,7% випадків рівень холестерину не визначався. В II групі виявлено підвищення рівня

холестерину у 35,4% випадків, у 13,4% випадків рівень холестерину не визначався. За результатами дослідження підвищення рівня глюкози крові відмічався у 10,6% випадків у I групі і 55,8% випадків у II групі. Нормальні показники рівня глюкози крові були у 33,7% пацієнтів. Відсоток хворих із супутнім цукровим діабетом II типу складав 1,9% випадків I групи і 14,4% випадків з II групи.

Висновки. Нами виявлено, що проаналізовані показники, а саме: поширення тютюнопаління, підвищення ІМТ, рівень АТ були нижчими серед військовослужбовців, у порівнянні з цивільним населенням України. Разом з тим, показники рівня загального холестерину та глюкози у військовослужбовців були вищими, і захворюваність на ЦД II типу також вищою, ніж у цивільного населення України.

ЗНАЧУЩІСТЬ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ

П.А. Роїк, О.О. Федорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

В сучасній клінічній практиці та наукових дослідженнях добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) відіграє одну із головних ролей, оскільки дає змогу не лише характеризувати добовий профіль артеріального тиску (АТ), але й оцінювати прогностичні ризики подальшого перебігу захворювання. Виникнення і прогресування серцево-судинних ускладнень у хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) безпосередньо пов'язані з наявністю у хворого факторів кардіоваскулярного ризику (КВР), одним з яких є стійка гіперурикемія (ГУ). Але дотепер не з'ясовано, які фактори КВР додають головний внесок в розвиток серцево-судинних ускладнень у хворих із АГ з різними типами добового профілю АТ.

Мета: удосконалення підходів до визначення факторів КВР у військовослужбовців із АГ з різними типами добового профілю АТ.

Матеріал і методи дослідження. Проведено комплексний ретроспективний аналіз 102 історій хвороб військовослужбовців (чоловіків), які знаходились на лікуванні в клініках терапевтичного профілю Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» із 2015 р. по 2020 р. Середній вік пацієнтів складав $(54,8 \pm 2,3)$ року. В медичній документації окрім результатів загальноклінічних та біохімічних методів дослідження аналізували результати ДМАТ: середньодобовий, середньоденний, середьнонічний систолічний АТ (САТ) та діастолічний АТ (ДАТ). Варіабельність АТ (VarAT) за певний інтервал часу (добу, день, ніч) оцінювали за величиною стандартного відхилення САТ і ДАТ окремо для дня, ночі, доби. VarAT вважалась підвищеною, якщо вона перевищувала нормальні показники хоча б за один період часу. Виразність двофазного добового профілю АТ оцінювали за перепадом «день-ніч» або за добовим індексом (ДІ). На основі величини ДІ визначали типи

добового профілю АТ: «dipper» – ДІ=10–20%; «non-dipper» – ДІ<10%; «over-dipper» – ДІ>22%; «night-peaker» – ДІ<0. Розраховувався також індекс часу (ІЧ) гіпертензії, за допомогою якого можна визначити, в якій за величиною частині періоду вимірювання АТ був вище нормального.

Пацієнтів було розподілено на дві групи залежно від вихідного вмісту сечової кислоти (СК) крові. До першої групи увійшли 54 пацієнти із АГ та ГУ, до другої групи – 48 пацієнтів із АГ та нормальним вмістом СК. В усіх групах хворі були співставні за віком і тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 15 здорових осіб зіставних за віком. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм «Microsoft Excel».

Результати дослідження. При порівнянні середньодобових, середньоденних, середньонічних САТ і ДАТ у пацієнтів першої і другої груп виявлено, що вірогідна різниця між усіма показниками відсутня, окрім середньонічного ДАТ. Цей показник був вірогідно вищим у пацієнтів із АГ та ГУ на 8,2% ($p<0,05$) порівняно із пацієнтами із АГ та нормальним вмістом СК. В першій групі пацієнтів виявлено значне підвищення високопатогенних фракцій холестерину: рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності був вищим на 38,5% ($p<0,05$), рівень тригліцеридів – на 39,2% у порівнянні з відповідними показниками другої групи пацієнтів ($p<0,05$).

В першій групі пацієнтів із АГ та ГУ у більшості випадків спостерігались патологічні типи добового профілю АТ: 39 (72,2%) пацієнтів були «non-dipper», 10 (18,5%) пацієнтів – «night-peaker», 3 (5,6%) пацієнти – «over-dipper». Нормальний тип «dipper» спостерігався тільки у 2 (3,7%) пацієнтів. В другій групі хворих із АГ та нормальним вмістом СК спостерігалось протилежне: більшість пацієнтів (62,5%) мали нормальний тип добового профілю АТ «dipper». Патологічні типи добового профілю АТ спостерігались у 18 осіб: «non-dipper» – у 15 (31,2%), «over-dipper» – у 2 (4,2%), «night-peaker» – у 1 (2,1%).

При порівнянні показників варіабельності АТ між двома групами пацієнтів із АГ виявлено, що варіабельність середньоденного САТ у пацієнтів із АГ та ГУ була вищою на 18,2%, а варіабельність середньонічного ДАТ – на 29,7% ($p<0,05$) порівняно із відповідним показником пацієнтів другої групи. При індивідуальному аналізі у 48 (88,9%) пацієнтів хворих із АГ та ГУ визначена висока варіабельність АТ. Також у пацієнтів першої групи ІЧ середньонічного ДАТ був вищим на 25,8% ($p<0,05$) у порівнянні із відповідним показником пацієнтів із АГ та нормальним вмістом СК.

Висновки. Встановлено, що значимими факторами у формуванні КВР у військовослужбовців із АГ є високий вміст СК, підвищений рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів.

Виявлено, що у військовослужбовців із АГ та ГУ показники добового профілю АТ є прогностично несприятливими: у 88,9% визначена висока варіабельність АТ, у 96,3% – патологічні типи добового профілю АТ («non-dipper» (72,2%), «night-peaker» (18,5%), «over-dipper» (5,6%)).

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО
ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ –
УЧАСНИКІВ АТО/ООС**

В.С. Тарасюк

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність теми. Негоспітальна пневмонія (НП) залишається однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що пов'язано, в першу чергу, з її значною поширеністю, досить високими показниками смертності, а також значними економічними втратами внаслідок цього захворювання. Її клінічна картина змінюється від легкої, що характеризується лихоманкою та продуктивним кашлем, до тяжкої, що характеризується респіраторним дистресс-синдромом та сепсисом.

Негоспітальна пневмонія залишається актуальною і на сьогодні, особливо в період епідемії COVID-19. Актуальність негоспітальної пневмонії пов'язана також із тим, що останніми роками реєструються пневмонії, які складні в діагностиці у зв'язку з тим, що аускультативні прояви вкрай бідні, у загальному аналізі крові зміни можуть запізнюватись. Окрім цього, рентгенологічні або КТ-прояви можуть бути схожі при різній етіології вірусних пневмоній.

Одним із коморбідних захворювань, при котрих пацієнти зазнають найбільшого ризику госпіталізації з приводу НП, є хронічне обструктивне захворювання легень, бронхоектази, бронхіальна астма, хронічні захворювання серця, інсульт, цукровий діабет, недоїдання.

До умов, що збільшують ризик макроаспірації вмісту шлунка та секрету верхніх дихальних шляхів і сприяють НП, відносять порушення свідомості (інсульт, судоми, анестезія, вживання наркотиків або алкоголю), дисфагія внаслідок ураження стравоходу або порушення роботи нижнього стравоходного сфінктеру при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.

Тютюнопаління та зловживання алкоголем є ключовими факторами ризику когнітивного характеру.

До інших факторів, пов'язаних з підвищеним ризиком розвитку НП, відносяться умови проживання в приміщеннях, переповнених людьми та вплив токсинів навколишнього середовища (розчинників, фарб та бензину). Комбінація факторів ризику, таких як паління, ХОЗЛ та застійна серцева недостатність, є аддитивними з точки зору ризику.

Методи дослідження: Використовувалися клінічні, інструментальні, лабораторні методи, медико-статистичний, системний підхід. Проведено аналіз лікування 150 військовослужбовців у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» за 2019–2020 рр. Середній вік пацієнтів становив $36,6 \pm 4,7$ року. Усі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи: основну і групу порівняння. Основну

групу склали 68 ВС ЗСУ – учасників АТО, групу порівняння – 82 ВС ЗСУ постійного контингенту. Пацієнтам проводилось комплексне обстеження відповідно до сучасних стандартів діагностики НП. Проаналізована наявність екзогенних та ендогенних факторів ризику НП, локалізація інфільтративних змін у легенях, ускладнення негоспітальної пневмонії. Для оцінки ступеня тяжкості НП використовували шкалу SMRT-CO.

Результати дослідження. На перебіг НП у пацієнтів основної групи несприятливо вплинули умови бойової діяльності, наявність більше трьох факторів ризику розвитку НП, висока частота тютюнопаління, вогнищ хронічної інфекції, загострення хронічних захворювань, постратматичних стресових розладів, травм грудної клітки, пневмотораксу. При рентгенологічному дослідженні у пацієнтів основної групи визначався вірогідно більший об'єм ураження легеневої тканини, у тому числі полісегментарні, часткові та двобічні ураження. В основній групі хворих спостерігалась висока частота ускладнень – 54,4%, проти 26,8% у пацієнтів групи порівняння. При оцінки тяжкості НП за шкалою SMRT-CO середня сума балів в групі ВС ЗСУ – учасників АТО складала $1,54 \pm 0,12$, і була вірогідно вищою у порівнянні із показником у групі ВС ЗСУ – $0,96 \pm 0,14$ ($p < 0,05$).

Висновки. Доведено, що на перебіг НП у ВС ЗСУ – учасників АТО несприятливо впливають: умови бойової діяльності (100%), наявність більше трьох факторів ризику розвитку НП (79,4%), висока частота тютюнопаління (91,2%), вогнища хронічної інфекції (33,8%), загострення хронічних захворювань (63,2%), а також постратматичні стресові розлади (13,2%), перенесені травми грудної клітки (4,4%), пневмоторакс (1,5%).

Особливостями клінічного перебігу НП, що виникла у ВС ЗСУ – учасників АТО у порівнянні із ВС ЗСУ постійного контингенту є: виражені і тривалі симптоми інтоксикації у $85,2 \pm 8,2\%$ проти $58,5 \pm 6,9\%$ хворих; збільшення числа випадків двобічного та полісегментарного ураження легень у 52,9% проти 32,9%; частий розвиток легневих і позалегневих ускладнень НП у 54,4% проти 26,8%.

Перебіг НП у ВС ЗСУ – учасників АТО у порівнянні із перебігом НП у ВС ЗСУ постійного контингенту характеризується більшою тяжкістю. При оцінці тяжкості НП за шкалою SMART-CO відмічена більша частота виявлення НП тяжкого перебігу НП 26,4% у ВС ЗСУ – учасників АТО проти 14,6%: у ВС ЗСУ постійного контингенту ($p < 0,05$). Середня сума балів за шкалою SMRT-CO в групі ВС ЗСУ – учасників АТО складала $1,54 \pm 0,12$ і була вірогідно вищою ($p < 0,05$) у порівнянні із показником у групі ВС ЗСУ постійного контингенту $0,96 \pm 0,14$ балів ($p < 0,05$).

ЗМІНИ З БОКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ПОРАНЕНИХ В КІНЦІВКИ: ОСНОВНІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ

О.А. Красюк, О.О. Хоружа

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність дослідження. В умовах сучасних бойових дій не втратили своєї актуальності як своєчасне виявлення змін з боку внутрішніх органів у поранених, так і адекватні підходи до їх корекції у військовослужбовців з бойовою травмою. Сучасні вогнепальні рани, особливо мінно-вибухові, супроводжуються як морфологічними змінами, так і порушенням функцій внутрішніх органів. Досвід АТО/ООС показує, що зміни з боку внутрішніх органів мали місце близько у 20% поранених. Основну роль в розвитку патологічних змін з боку серцево-судинної системи у поранених відіграє механічне ураження серця і магістральних судин, гіповолемія, постгеморагічні анемії, метаболічні порушення. Праць, присвячених вивченню первинних органопатологічних змін серцево-судинної системи у військовослужбовців-учасників АТО/ООС, небагато. Можливо це пов'язано, як справедливо вказують В.А. Візир і Є.Г. Овська (2017), з тим, що клінічна діагностика змін з боку серцево-судинної системи при пораненнях і травмах є надзвичайно складною проблемою із-за тяжкості загального стану постраждалого, нерідко із-за неможливості застосувати методи інструментального обстеження у зв'язку з характером поранення, відсутністю у військових лікарів достатнього досвіду і настороженості відносно цієї патології. Дані щодо частоти ушкодження серця при тупій торакальній травмі коливаються від 8 до 76%. Летальність при закритій торакальній травмі складає близько 26,9%, а при поєднанні з ушкодженням серця досягає 54,3%.

Мета дослідження. Вивчити зміни з боку серцево-судинної системи у військовослужбовців, які отримали травми кінцівок в зоні проведення АТО/ООС.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних комплексного обстеження 53 військовослужбовців, що брали участь у проведенні АТО/ООС в період з 2014 по 2018 рр. та отримали поранення в кінцівки. Усі пацієнти проходили обстеження та знаходились на стаціонарному лікуванні на базі клініки пошкоджень НВМКЦ «ГВКГ». У всіх пацієнтів було проведено збір скарг, анамнезу, виконано фізикальне обстеження, проведені лабораторні та інструментальні (ЕКГ у 12 відведеннях, ЕхоКГ в М-та В-режимі) дослідження.

Статистичну обробку даних проводили з використанням методів варіаційної та описової статистики за допомогою стандартного пакету статистичного розрахунку «Statistica 12.0» та «Microsoft Excel 2019».

Результати. Всі військовослужбовці з групи дослідження були особами чоловічої статі з пораненнями кінцівок. Середній вік обстежених складав $40,7 \pm 2,9$ років. Контингент обстежених був представлений такими групами:

військовослужбовці за контрактом – 35 осіб (66%), офіцери ЗСУ – 14 осіб (26,4%), мобілізовані – 4 особи (7,5%). Розподіл обстежених за локалізацією поранень був наступним: поранення в нижні кінцівки – 30 осіб (56,6%), верхні кінцівки – 15 осіб (28,3%), верхні і нижні кінцівки – 8 осіб (15,1%).

При аналізі обстежених за механізмом виникнення поранення кінцівок було визначено наступні види травм: осколкове вогнепальне поранення – у 12 (22,6%) осіб, кульове вогнепальне поранення – у 17 (32,1%) осіб, мінно-вибухова + опікова травма – у 1 (1,9%) осіб, компартмент синдром – у 1 (1,9%) особи, мінно-вибухова травма – у 18 (34%) осіб, опікова травма – у 4 (7,5%) осіб.

Залежно від обсягу поранень серед обстежених нами осіб було виділено такі групи: військовослужбовці з ізольованими пораненнями – 26 (49,1%) осіб; військовослужбовці з комбінованими пораненнями – 5 (9,4%) осіб; військовослужбовці з множинними пораненнями – 14 (26,4%) осіб; військовослужбовці з поєднаними травмами – 8 (15,1%) осіб.

При вимірюванні артеріального тиску у поранених в кінцівки спостерігалось підвищення систолічного і діастолічного артеріального тиску – у 18,8% випадків.

Під час ЕКГ дослідження у поранених в кінцівки траплялись поодинокі випадки несинусового ритму та випадки його нерегулярності. У кожного п'ятого пораненого в кінцівки мало місце порушення провідності. Порушення ритму у вигляді екстрасистолії чи міграції водія ритму спостерігалось в 22,6% обстежених.

Пораненим в кінцівки в діагнозі супутньо виставлялись наступні нозологічні форми: гіпертонічна хвороба різних ступенів у 18,8% обстежених, міокардіофіброз – у 15,1%. Діагноз метаболічна кардіоміопатія та міокардит виставлялись у поранених в кінцівки з однаковою частотою – у 1,8% випадків відповідно.

Висновок. В ході нашого дослідження встановлено, що у військовослужбовців, що брали участь у проведенні АТО/ООС, отримали поранення в кінцівки та лікувались у НВМКЦ «ГВКГ» в період 2014–2018 рр. переважали вогнепальні – 54,7% та мінно-вибухові – 34% поранення.

Найбільш часто зустрічались ізольовані поранення у 49,1% осіб, множинні – у 26,4% та поєднані – 15,1% випадків. Також було зафіксовано комбінованих поранень – у 9,4% обстежених.

Серед змін з боку серцево-судинної системи у поранених переважали підвищення систолічного і діастолічного артеріального тиску – у 18,8% поранених в кінцівки.

Порушення ритму у вигляді екстрасистолії чи міграції водія ритму спостерігалось в 22,6% поранених в кінцівки військовослужбовців.

Пораненим в кінцівки в діагнозі супутньо виставлялись наступні нозологічні форми: гіпертонічна хвороба різних ступенів у 18,8% обстежених, міокардіофіброз – у 15,1%.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ЧАСТОТА, КЛІНІКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ

Р.Л. Ботюк, О.А. Желеховський, К.В. Савічан

Українська військово-медична академія, м. Київ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією із найбільш актуальних проблем у світі. Гострий інфаркт міокарду (ІМ) з елевацією сегменту ST (STEMI) – одна з найскладніших форм ішемічної хвороби серця (ІХС), що посідає провідне місце серед основних причин летальності не тільки в Україні. Екстрені реперфузійні заходи – найефективніша стратегія у лікуванні STEMI. Такий підхід видається найраціональнішим, але не завжди призводить до зменшення об'єму некротизованого міокарда, якнайшвидшого відновлення скорочувальної здатності лівого шлуночка та одужання пацієнта. Відновлення коронарного кровообігу не виключає просування атеросклеротичного ураження у подальшому та ускладненого перебігу ІМ, що потребує вивчення особливостей клінічного перебігу та лікування захворювання після інвазивних втручань, розробки прогностичних критеріїв виникнення несприятливих коронарних подій та їх активної медикаментозної профілактики. Достатньо великий інтерес до цього захворювання також пов'язаний зі значними економічними витратами на діагностику та лікування цієї категорії пацієнтів.

До найбільш поширених традиційних факторів ризику гострого коронарного синдрому (ГКС) належать немодифіковані (стать, вік, обтяжений сімейний анамнез) та модифіковані (дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, надлишкова маса тіла та ожиріння, цукровий діабет, тютюнопаління, психосоціальні фактори тощо).

За останніми Європейськими та вітчизняними рекомендаціями, серцево-судинний ризик розглядається як можливість розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій (ССЗ, зумовлених атеросклерозом) протягом певного періоду часу в конкретної людини.

Для оцінки серцево-судинного ризику найчастіше використовують систему Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Вона оцінює 10-річний ризик розвитку першої фатальної події атеросклеротичного генезу: інфаркту міокарда, інсульту, розриву аневризми аорти тощо. Хоча шкала SCORE дає змогу швидко оцінити ризик загальної серцево-судинної смертності, вона має певні обмеження, оскільки для оцінки враховуються лише такі фактори: стать, вік, статус тютюнопаління, систолічний артеріальний тиск і рівень загального холестерину крові.

Мета дослідження. Аналіз результатів лікування військовослужбовців, хворих на ГКС з елевацією сегменту ST та відповідність лікування сучасним вимогам.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі кардіологічного стаціонару ВРІТ для терапевтичних хворих НВМКЦ «ГВКГ» у 2019–2020 рр., шляхом ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів з гострим ІМ з елевацією сегменту ST. Хворим проводили як загальноприйняті, так і спеціальні дослідження, що включали: клінічне обстеження, біохімічне дослідження крові з метою визначення маркерів пошкодження міокарду (Тр-І, МВ-фракції КФК), ренальної функції (креатиніну, визначення ШКФ), показників ліпідного обміну, проведення ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях, а за потребою, у додаткових відведеннях за Небом та Слапаком, стану коронарного русла шляхом проведення коронароангіографії (КАГ). Спостереження з верифікацією виникнення госпітальних ускладнень та серцево-судинної смерті, протягом перебування хворого в стаціонарі; статистичні методи обробки отриманих результатів.

Висновок. У військовослужбовців, хворих на ГКС з елевацією сегменту ST, спостерігається висока частота факторів ризику, більшість з яких є модифікованими. КАГ була проведена у 24,08% пацієнтів, маркери пошкодження міокарда були у 74,8%, що свідчить про високий рівень лабораторної діагностики у НВМКЦ «ГВКГ» та відповідає сучасним вимогам. На підставі результатів дослідження, встановлено невідповідність лікування хворих STEMI сучасним рекомендаціям, що характеризується низькою частотою тромболізу та недостатнім проведенням коронарних втручань.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ НОВОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЯКІ ПОСТУПАЛИ НА ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ДО ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Н.Р. Цюрак

Українська військово-медична академія, м. Київ

Матеріали і методи: було проаналізовано дані журналу реєстрації стаціонарних хворих, які поступали на обстеження та лікування до інфекційного відділення КНП «Київська міська клінічна лікарня № 4».

Результати За період спостереження (березень – липень) у інфекційному відділенні було обстежено та проліковано 1161 хворих: 624 чоловіків, 537 жінок.

У зв'язку з тим, що для різних захворювань більш вразливі окремі вікові групи населення, різні важкість та характер перебігу, був проведений аналіз вікових груп залежно від місяця та характеру контингенту хворих. Середній вік всіх хворих за весь період спостереження був Me=49 (Q₂₅=33, Q₇₅=64), min=18, max=97 років. Середній вік хворих у березні був Me=32 років, (Q₂₅=33, Q₇₅=47,5), min=18, max=88 років; у квітні – Me=53 (Q₂₅=39, Q₇₅=63), min=18, max=90 років; у травні – Me=60 (Q₂₅=44, Q₇₅=70), min=20, max=95 років; у червні – Me=52 (Q₂₅=37, Q₇₅=64), min=18, max=94 років; у липні – Me=51 (Q₂₅=37, Q₇₅=63), min=19, max=97 років.

Середній вік непрацюючих хворих $Me=48,82\pm 15,54$ (min=18, max=93) років; працюючих хворих – $Me=45,45\pm 15,21$ (min=18, max=84) років; слухачів навчальних закладів – $Me=19,76\pm 1,84$ (min=18, max=26) років; пенсіонерів – $Me=71,86\pm 9,35$ (min=41, max=97) років.

За період спостереження направлялись на обстеження та лікувались з приводу наступних захворювань: грип, ГРЗ, вітряна віспа, гострий фарингитонзиліт, туберкульоз, ГЕК, Бешиха, лихоманка невідомого походження, ВГА, сальмонельоз, хр. тонзиліт, лептоспіроз, бактеріальний ендокардит, сечокам'яна хвороба, гострий бронхіт, ВГВ, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай, шигельоз, синусит, вузловата еритема, негоспітальна пневмонія, COVID-19?, ГПМК, ВІЛ/СНІД, хр.холецистопанкреатит, пієлонефрит, гострий цистит, ТЕЛА, флегмона та інші гнійно-запальні захворювання, онкологічне захворювання, анемія, ХОЗЛ, лімфаденіт, вегето-судинна дистонія, саркоїдоз, сепсис, гнійний менінгіт.

Середній вік у хворих, які лікувались з приводу ГРЗ був $Me=33$ ($Q_{25}=23$, $Q_{75}=51$), min=18, max=88 років; з приводу гострого бронхіту – $Me=29$ ($Q_{25}=26$, $Q_{75}=45$), min=18, max=91 років; з приводу COVID-19 – $Me=52$ ($Q_{25}=37$, $Q_{75}=64$), min=18, max=88 років. Померло хворих – 21. Середній вік у 21 померлого був $Me=57,67\pm 20,28$ (min=32, max=97) років.

У березні в структурі пролікованих хворих найбільша кількість проходила обстеження та лікувалась з приводу грипу (14,1%), ГРЗ (37,5%), ГЕК (9,7%), COVID-19 (8,87%), негоспітальна пневмонія (4,8%), COVID-19? (2,02%). У квітні – частка ГЕК та ГРЗ зменшилась до 1,4% та 14,4%, відповідно, але збільшилась частка негоспітальної пневмонії до 25,5%, COVID-19 (38,9%), COVID-19? (17,6%). У травні – значно збільшилась частка негоспітальної пневмонії до 50,4%, декілька зменшилась частка COVID-19 (27,4%) та COVID-19? (12,5%), але які займали також провідне місце. У червні залишають провідне місце – негоспітальна пневмонія (37,6%), COVID-19 (41,6%), COVID-19? (6,2%), ГРЗ (5,9%). У липні – переважна більшість обстежувалась з приводу COVID-19 (56,25%), не госпітальної пневмонії (22,5%), COVID-19? (11,25%).

Найбільша кількість хворих з негоспітальною пневмонією (різної етіології) від кількості хворих, які лікувались протягом місяця, була у травні (64,5%) та червні (65,9%). Більша частка важких пневмоній була у березні (28,8%), квітні (17,4%), травні (16,25%). В інші місяці – у червні (5,35%), липні (4,26%). Середній відсоток важких пневмоній був 12,5%.

Частка важкої пневмонії серед контингентів хворих була наступною: у робітників церкви – у 40%, у вагітних – у 25%, військовослужбовців силових структур – у 20%, слухачів навчальних закладів – у 18,2%, медичних працівників – у 12,5%, пенсіонерів – у 14,4%, працюючих осіб – у 10,9%, не працюючих – у 11,44%.

Частка важкої пневмонії серед вікових груп була наступною: у осіб віком до 20 років – у 8,3%, 21–30 років – у 18%, 31–40 років – у 14,6%, 41–50 років –

у 8,4%, 51–60 років – у 12,03%, 61–70 років – у 9,29%, 71–80 років – у 15,38%, 81–90 років – у 21,88%, 91–100 років – у 16,7%.

Висновок. В інфекційному відділенні більш молоді хворі лікувались у березні місяці. Середній вік хворих, які лікувались з приводу ГРЗ та гострого бронхіту був менше ніж хворих на COVID-19. Більша частка важких пневмоній реєструвалась у березні (28,8%), квітні (17,4%) та травні (16,25%). Важкі пневмонії частіше реєструвались у осіб віком 81–90 років – у 21,88% та 21–30 років – у 18%. Частіше важкі негоспітальні пневмонії реєструвались у робітників церкви – у 40%, у вагітних – у 25%, військовослужбовців силових структур – у 20%, слухачів навчальних закладів – у 18,2%. З урахуванням великої кількості хворих, що поступає щоденно до відділення, короткого часу перебування у відділенні (в середньому 2–3 дня), великої кількості нозологій, з якими хворих направляли на обстеження з підозрою на COVID-19, при організації роботи медичного закладу, в якому знаходиться інфекційне відділення, з метою покращення та пришвидшення діагностики слід забезпечувати необхідним діагностичним обладнанням, фахівцями або організувати швидке проведення консультацій, діагностичних досліджень (ПЛР, ІФА, КТ, рентгенологічних, УЗД, бактеріологічних та ін.) для діагностики різноманітних інфекційних захворювань, з клінікою COVID-19, туберкульозу, саркоїдозу та інших захворювань з ураженням легень, головного мозку та інших внутрішніх органів.

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ

ВИКОРИСТАННЯ ТАР-БЛОКА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА

В.О. Корнейчик

Українська військово-медична академія, м. Київ

Незважаючи на відносно низький ризик ускладнень та високий рівень успіху із застосуванням сучасних методів, блоки ТАР залишаються переважно недостатньо використаними.

Мета. Останні наукові і практичні досягнення використання ТАР-блока для післяопераційного знеболення.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз та узагальнення зарубіжних джерел наукової літератури відповідно до теми дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Виконання даного блоку є технічно нескладним, при наявності ультразвукового апарату і відповідних навиків лікаря-анестезіолога виконання блоку не викликає труднощів.

Метою ТАР-блока є анестезія чутливих нервів передньої черевної стінки перед тим, як вони перфорують мускулатуру і віддають гілки до шкіри живота. Ця мета досягається введенням великого об'єму анестетика в фасціальний простір між внутрішнім косим і поперечним м'язами живота, що містить нерви від T7 до L1. Враховуючи, що блокада розвивається досить повільно, для досягнення максимального ефекту потрібно близько 60 хв. Для визначення м'язових шарів і підтвердження правильного положення голки використовують ультразвук. Датчик розташовують у поперечній площині між XII ребром і гребенем клубової кістки на середній пахвинній лінії. Ідентифікація поперечного простору живота не викликає складнощів, і за допомогою 10 см тупої голки проводиться «in-plane» укол. Введення розчину місцевого анестетика, зазвичай це 0,125–0,25% р-н бупівакаїну в об'ємі 10–20 мл на кожную сторону, приведе до розширення простору між поперечним м'язом живота і внутрішнім косим м'язом, що можна спостерігати у режимі реального часу. ТАР-блок забезпечує відмінну аналгезію передньої черевної стінки тривалістю до 48 год, але він неефективний проти вісцерального болю, тому ця блокада ідеальна як складова мультимодальної анестезії. При використанні з обох сторін ТАР-блок є доброю альтернативою для тих пацієнтів, яким неможливе проведення епідуральної анестезії, хоча досі немає даних щодо порівняльної ефективності цих двох методик. І якщо здатність ТАР-блока перевершити якість аналгезії епідуральної блокади сумнівна, то цілком імовірно зниження системних побічних ефектів. Ускладнення включають неефективний блок, внутрішньосудинне або внутрішньочеревинне введення анестетика, а також збільшення ризику ушкодження кишечника та інших органів черевної порожнини. Важко виявити хоча

б приблизну частоту виникнення цих ускладнень, зважаючи на недостатню кількість опублікованих даних.

Висновки. Ця проста, але часто недооцінена блокада, якщо її застосовувати при відповідних операціях, є відмінною післяопераційною аналгезією, знижує необхідність в опіоїдних аналгетиках, дозволяє пацієнтові дихати і кашляти безболісно, а також сприяє ранній активізації хворого і виписуванню з медичного закладу.

ВПЛИВ МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ – ВІДКРИТОГО ТА МІНІ-ІНВАЗИВНОГО (ЛАПАРОСКОПІЧНОГО) – НА ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЮ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

О.В Дрогобецька, Т.М. Левченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Ризик розвитку гіпотермії в періопераційному періоді становить від 26% до 90% при планових оперативних втручаннях. Факторами, що його обумовлюють, є передусім тип знеболення, тривалість оперативного втручання, наявність супутньої ендокринної та серцево-судинної патології. Проте вплив методу оперативного втручання – відкритий або малоінвазивний (лапароскопічний) – у виникненні гіпотермії досі залишається дискусійним та потребує ретельного аналізу з метою оптимізації заходів її попередження та уникнення післяопераційних ускладнень.

Мета. Попередження та зниження ризику виникнення гіпотермії у пацієнтів в періопераційному періоді.

Матеріали та методи. Дослідження виконувалось на базі НВМКЦ «ГВКГ». Сформовано дві групи: I група (n=32) – пацієнти, яким виконувалось малоінвазивне лапароскопічне оперативне втручання (лапароскопічна холецистектомія, лапароскопічна апендектомія); II група (n=34) – пацієнти, що підлягали оперативному втручання відкритим методом (геміколектомія, холецистектомія, серединна лапаротомія). В обох групах збережена гендерна та статева репрезентативність. Середній вік пацієнтів I групи становив $53,78 \pm 10,2$ років, II групи – $53,2 \pm 10,67$.

Проводилась динамічна оцінка температури тіла з використанням безконтактного інфрачервоного термометра Xiaomi Health Thermometer (PT3/FDIR-V14) в часових інтервалах: за 30 хв до оперативного втручання (до інтубації); на 30 та 60 хв оперативного втручання; після завершення оперативного втручання (момент екстубації) та через 30 хв після екстубації (в кімнаті післяопераційного нагляду).

Результати. За 30 хв перед оперативним втручанням середні показники рівня температури в групах хворих достовірно не відрізнялись між собою і складали в I групі $36,64 \pm 0,26^\circ \text{C}$, у II групі – $36,68 \pm 0,22^\circ \text{C}$ ($p > 0,05$). Через 60 хв від початку оперативного втручання зафіксовано наступні показники температури тіла: I група – $36,05 \pm 0,27^\circ \text{C}$, II група – $36,33 \pm 0,24^\circ \text{C}$ ($p < 0,05$).

Помірна гіпотермія на 60 хв оперативного втручання спостерігалась у 18,7% (6) пацієнтів I групи та у 44,1% (15) пацієнтів II групи ($p < 0,05$). На момент екстубації, незважаючи на зовнішнє зігрівання та продовження введення підігрітих інфузійних розчинів, нам не вдалося усунути гіпотермію у цих пацієнтів.

Після проведення додаткового зігрівання пацієнтів (ватно-марлеві манжети на верхні кінцівки, укривання ковдрою, внутрішньовенна інфузія підігрітих розчинів) протягом 30хв показники температури тіла становили $36,89 \pm 0,2^\circ \text{C}$ в I групі та $36,48 \pm 0,22^\circ \text{C}$ в II групі ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів, при виконанні відкритого оперативного втручання відмічається достовірно більше зниження температури тіла в порівнянні з групою лапароскопічних втручань після 60 хв від початку оперативного втручання ($36,33 \pm 0,24^\circ \text{C}$; $36,05 \pm 0,27^\circ \text{C}$, ($p < 0,05$).

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОЛОНОСКОПІЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ

Д.І. Пидоченко, В.М. Мошківський

Українська військово-медична академія, м. Київ

За останні десятиліття кількість неінвазивних або малоінвазивних процедур, що проводяться за межами операційної, зростає у десятки разів. Седация або без анальгезії потрібна при багатьох діагностичних процедурах, втручаннях. Можливість застосування короткотривалих гіпнотиків та опіоїдів, їх антидотів, використання неінвазивного моніторингу робить процедуру седацию безпечною як для пацієнта, так і для лікаря, що її застосовує.

Мета. Оптимізувати анестезіологічне забезпечення колоноскопій у хворих з колоректальним раком та наблизити його до стандартів провідних країн світу.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 40 пацієнтів, котрим проводилась планова колоноскопія. Всі колоноскопії проводились під внутрішньовенною аналгоседациєю. В першій групі, аналгоседация забезпечувалась дробним введенням пропофолу, з попереднім в/в болюсомлідокіаїну ($1,2\text{--}1,5 \text{ мг/кг}$). В другій групі аналгоседация забезпечувалась дробним введенням фентанілу ($1,1\text{--}1,7 \text{ мкг/кг}$) та пропофолу. Прохідність дихальних шляхів підтримувалась самостійно або мануально, проводилась інсуфляція зволоженого кисню 4 л/хв . У кожній групі оцінювалися гемодинамічні показники під час колоноскопії, епізоди десатурації, суб'єктивні відчуття під час введення пропофолу (біль, печіння, дискомфорт), розхід пропофолу, швидкість відновлення свідомості.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що при обох видах седации не спостерігалось епізодів брадикардії, середній артеріальний тиск знижувався у групі, де седация проводилась в комбінації з лідокаїном на $18,5 \pm 5\%$, тоді як в групі з фентанілом на $23 \pm 6\%$. Біль за шкалою ВАШ у групі з лідокаїном становив $2,0 \pm 1,04$, у групі з

фентанілом – $2,8 \pm 1,3$. Лідоканін статистично значуще зменшує больові відчуття при інфузії пропофолу ($p \leq 0,05$), що ймовірно пов'язано з його місцево-анестезуючою дією. У групі з лідоканіном в пацієнтів свідомість відновлювалась раніше на $4,25 \pm 0,8$ хв ($p \leq 0,05$). Що, ймовірно, пов'язано з тим, що лідоканін не має седативного впливу та не потенціює дію гіпнотиків. У групі з фентанілом в середньому розхід пропофолу був $5,31 \pm 0,9$ мг/кг, при середній тривалості колоноскопії $47,4 \pm 9,8$ хв. В групі з лідоканіном розхід пропофолу був $5,39 \pm 0,9$ мг/кг, при середній тривалості колоноскопії $42,55 \pm 11,76$ хв. Лідоканін не впливає на дозування пропофолу ($p \geq 0,05$).

Висновки. Лідоканін є ефективним ад'ювантом при процедурній седатії пропофолом. Забезпечує зменшення болісних відчуттів при інфузії пропофолу та адекватний рівень знеболення самої процедури. В ході дослідження не знайдено переваг використання фентанілу як компонента анестезіологічного забезпечення колоноскопій. Швидке відновлення свідомості та когнітивних функцій сприяє зменшенню часу перебування хворого у колоноскопичній та стаціонару в цілому.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПНЕВМОНІЄЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З COVID-19

Н.М. Колосінська, М.М. Журко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Лише в 2020 році пандемія важкого гострого респіраторного синдрому коронавірусу 2 (SARS-CoV-2) інфікувала близько 70 000 000 людей у всьому світі, а також близько 1 500 000 смертей пов'язано з хворобою коронавірусу-19. Тому, враховуючи епідеміологічну ситуацію в світі, а також невпинний приріст хворих на коронавірусну хворобу, важливо оптимізувати інтенсивну терапію хворих з пневмонією асоційованою з COVID-19.

Мета. Виявити ефективність дексаметазону у лікуванні хворих з пневмонією асоційованою з COVID-19.

Матеріали та методи. Нами був проведений ретроспективний та проспективний аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних даних 37 історій хвороб пацієнтів, які лікувались у відділенні реанімації та інтенсивної терапії для інфекційних хворих НВМКЦ «ГВКГ» з приводу пневмонії, обумовленої COVID-19, в період з квітня по листопад 2020 року. Хворих розподілено на три групи. Перша група ($n=10$) – пацієнти, які отримували додаткову інсуфляцію кисню за допомогою неререверсивної маски з потоком O_2 до 5 л/хв. Друга група ($n=17$) – хворі, які отримували додаткову інсуфляцію кисню за допомогою неререверсивної маски з потоком O_2 до 15 л/хв. Третя група – пацієнти, котрі отримували високопотоківу трансназальну оксигенотерапію.

Для того щоб проаналізувати ефективність дексаметазону, ми дослідили чи впливає його застосування на рівень С-реактивного білка, а також на рівень сатурації капілярної крові хворих.

Результати та обговорення. Встановлено, що у пацієнтів першої групи СРБ на третій день лікування дексаметазоном в дозі $10,4 \pm 2,76$ мг достовірно знизився на 17,64 мг/л, тобто на 41,1%. На п'ятий день – на 27,98 мг/л, тобто на 65,3%. Рівень SpO_2 на третій день лікування достовірно підвищився на 2,3%, на п'ятий день – 2,9%.

У пацієнтів другої групи СРБ на третій день лікування дексаметазоном в дозі $12 \pm 2,41$ мг достовірно знизився на 56,9 мг/л, тобто на 32,9%. На п'ятий день – на 109 мг/л, тобто на 63,04%. Рівень SpO_2 на третій день лікування достовірно підвищився на 2,8%, на п'ятий день – 3,4%.

У пацієнтів третьої групи СРБ на третій день лікування дексаметазоном в дозі 16 мг достовірно знизився на 29,7 мг/л, тобто на 17,2%. На п'ятий день – на 113,8 мг/л, тобто на 66%. Рівень SpO_2 на третій день лікування достовірно підвищився на 4,3%, на п'ятий день – 6,2%.

Висновки. Встановлено, що дексаметазон ефективний в лікуванні хворих пневмонією асоційованою з COVID-19.

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

А.В. Колосінський, Т.М. Левченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. В Україні на сьогоднішній день налічується близько 2,836 мільйони хворих на цукровий діабет (ЦД). Приблизно 50% хворих на ЦД протягом життя підлягають тим чи іншим оперативним втручанням. За даними проаналізованої літератури на даний час не існує єдиної, загальноприйнятої системи анестезіологічного забезпечення у хворих на ЦД при хірургічних втручаннях.

Мета. Визначити найбільш оптимальну методику анестезіологічного забезпечення під час оперативних втручань у хворих з супутнім цукровим діабетом.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено ретроспективний аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних даних 40 історій хвороби пацієнтів з цукровим діабетом, яким проводилось лікування у відділенні хірургічної інфекції НВМКЦ «ГВКГ» в період з 2018 по 2020 роки. Хворих розподілено на дві групи за методом анестезіологічного забезпечення. До першої групи (I група) було віднесено 25 пацієнтів, яким оперативне втручання проводилось з застосуванням спинномозкової анестезії. Друга група (II група) включала пацієнтів, яким оперативне втручання проводилося із застосуванням тотальної внутрішньовенної анестезії.

Була проаналізована динаміка гемодинамічних показників на різних етапах анестезії та рівень глікемії до та після оперативного втручання.

Результати та обговорення. У хворих першої групи під час проведення спинномозкової анестезії не відмічено достовірних змін показників АТс, АТд, САТ та пульсу ($p > 0,05$).

У хворих другої групи на 5 хвилині анестезії достовірно знизився АТс на 17,8%, АТд – на 18,5%, САТ – на 18% ($p < 0,05$). На 10 хвилині анестезії у хворих другої групи достовірно знизився АТс на 13,6%, САТ – на 10,1% ($p < 0,05$). Також варто відзначити, що АТс та САТ на 30 хвилині були достовірно вищими ніж на 5, 10 та 45 хвилині ($p < 0,05$). Пульс на 5 хвилині анестезії достовірно знизився в середньому на 13,41%, на десятій хвилині – на 12,2% ($p < 0,05$). Також рівень пульсу на 20 хвилині був достовірно вищий ніж на 5 та 10, але достовірно нижчий ніж на 30 хвилині ($p < 0,05$).

В першій групі рівень глікемії в ранньому післяопераційному періоді був на 0,21 ммоль/л (на 1,9%) нижчий ніж перед операцією. Проаналізувавши ці показники виявилось, що статистично значущим це зниження не було ($p > 0,05$). В другій групі рівень глікемії в ранньому післяопераційному періоді був на 0,55 ммоль/л (на 5%) вищий, ніж перед операцією. Проаналізувавши ці показники, виявили, що статистично значущим це підвищення не було ($p > 0,05$).

Висновки. Встановлено, що спинномозкова анестезія є методом вибору під час оперативних втручань у хворих з супутнім цукровим діабетом. Її застосування забезпечує стабільність гемодинамічних показників, на відміну від тотальної внутрішньовенної анестезії.

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПОРАНЕНИХ ПРИ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ

М.Г. Костенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Проблема оцінки тяжкості стану поранених з поєднаними пошкодженнями на теперішній час має важливе місце, адже під час війни на Сході України в структурі санітарних втрат за даними Командування Медичних сил частота поєднаних поранень сягає 20–22%, що складають значну частку найтяжчої категорії пацієнтів з пораненнями. За даними ВООЗ, за рік від різноманітних травм гине до 2 мільйонів людей. Найбільш питому вагу в цій статистиці займає не ізольована, а саме поєднана травма, яка становить 60–70% усіх травм, та на її частку припадає до 70,0% летальних випадків.

Мета. Покращення результатів лікування пацієнтів з поєднаними пораненнями шляхом вдосконалення оцінки тяжкості стану поранених.

Матеріали та методи. В роботі досліджувалися хворі з поєднаними пошкодженнями, які перебували на лікуванні в НВМКЦ «ГВКГ». Було проаналізовано ретроспективним методом 75 історій хвороб поранених із поєднаною травмою голови, грудей, живота, тазу, кінцівок. За інформацією, що містять історії хвороби, та за допомогою шкал оцінки тяжкості стану поранених при поєднаних пошкодженнях на момент поступлення був проведений аналіз оцінки стану поранених та прогноз наслідків пошкодження. Хворі з поєднаними пошкодженнями були поділені на п'ять груп, залежно від переважаючої ділянки ураження тіла при поєднаних пошкодженнях.

Перша група – 17 (23%) поранених з переважаючою ділянкою ураження тіла «Голова».

Друга група – 12 (16%) поранених з переважаючою ділянкою ураження тіла «Грудна клітка».

Третя група – 25 (33%) поранених з переважаючою ділянкою ураження тіла «Живіт».

Четверта – група 9 (12%) поранених з переважаючою ділянкою ураження тіла «Таз».

П'ята група – 12 (16%) поранених з переважаючою ділянкою ураження тіла «Кінціки».

Статистичний аналіз результатів дослідження проводився за допомогою пакету прикладних програм «Microsoft Office Professional Plus Excel» 2016.

Результати. Внаслідок проведення оцінки тяжкості стану поранених при поєднаних пошкодженнях за допомогою шкали об'єктивної оцінки тяжкості стану «Шкала PTS» ми визначили можливість летальності поранених. На момент поступлення в першій групі за даними шкали тяжкість стану складає $27,8 \pm 4,4$ бала, можлива летальність хворих із такими пошкодженнями 26%. В другій групі за даними шкали тяжкість стану складає $10,4 \pm 8,2$ бала, можлива летальність хворих із такими пошкодженнями 14%. В третій групі за даними шкали тяжкість стану складає $25,3 \pm 10,28$ бала, можлива летальність хворих із такими пошкодженнями 37%. В четвертій групі за даними шкали тяжкість стану складає $9,2 \pm 2,4$ бала, можлива летальність хворих із такими пошкодженнями 14%. В п'ятій групі за даними шкали тяжкість стану складає $8,6 \pm 3,2$ бала, можлива летальність хворих із такими пошкодженнями 9%.

Висновок. Враховуючи результати дослідження, можна сказати, що в поранених із поєднаними пошкодженнями важливу роль відіграє ділянка переважаючого ушкодження, що ми і можемо спостерігати в третій та першій групах, де відзначається найвища вірогідність летальності поранених при поєднаних пошкодженнях.

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА РІВЕНЬ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Р.Ю. Котурбаш

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Післяопераційна когнітивна дисфункція є одними з небажаних феноменів, пов'язаних із застосуванням загальної анестезії. Найбільш уразливими до дії загальних анестетиків є функції уваги, короткострокової пам'яті, швидкості психомоторних і когнітивних реакцій. Водночас когнітивні порушення можуть зберігатися декілька тижнів з подальшою трансформацією в деменцію за рахунок нейродегенеративних.

Мета. Визначення впливу тривалості загальної анестезії на рівень порушення когнітивних функцій.

Матеріали та методи. Для виявлення кореляційного зв'язку між тривалістю анестезії та рівнем зниження ПОКД було відібрано 15 пацієнтів із патологією щитоподібної залози, яким проводилась загальна анестезія за допомогою севорану та 15 пацієнтів із патологією товстого кишечника, яким аналогічним чином забезпечувалась загальна анестезія. Паралельно визначались результати тестування МоСА (Монреальська когнітивна шкала) на 6 годину після завершення оперативного втручання. Тривалість анестезії в підгрупі 1.1 становила $76,7 \pm 8,3$ хв та середній результат тестування становив $23,6 \pm 0,6$ балів, в підгрупі 1.2 – $243,3 \pm 20,4$ хв та $21,6 \pm 0,8$ балів. До уваги не брались анестезії, в яких застосовувалась профілактика виникнення ПОКД.

Результати та обговорення. Провівши описову статистику, отримали такі результати: оскільки обсяг вибірки більше 10, наявна достатня варіабельність, \sqrt{As} , $Ex/2 < 2$, можна вважати, що розподіл вибірок підпорядковується нормальному закону, тому дані є параметричні.

При побудові діаграми розсіювання (Рис. 1) форма наближається до лінійної, але наявна значна кількість точок, що виходять за межі лінії тренду. Тому для подальшого аналізу використовувались непараметричні (рангові) коефіцієнти.

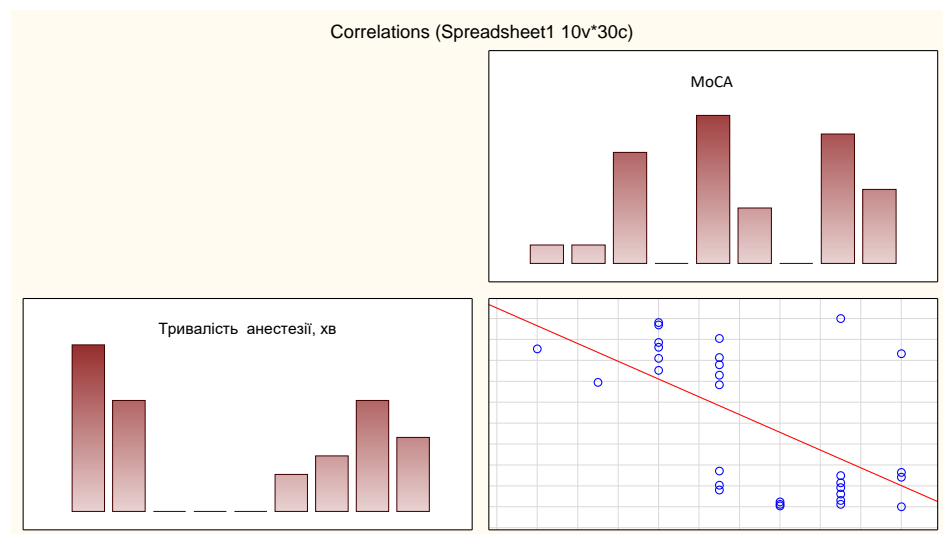


Рис. 1. Діаграма розсіювання

Для подальшого аналізу застосовано коефіцієнт Спірмена: $r_s = -0,54$, $p_\alpha = 0,002$. Таким чином між тривалістю анестезії та рівнем зниження когнітивних функцій встановлений лінійний негативний помірний зв'язок.

Висновки. Дані є параметричні ($n=30$ задовільна варіабельність, $/As, Ex/ < 2$), тривалість анестезії 165,7 (90,5) хв, $(165,7 \pm 33,8)$ хв, МоСА 22,6 (1,6) балів, $22,6 \pm 0,6$. Кореляційний зв'язок за формою наближається до лінійного із наявністю точок, що виходять за межі лінії тренду, за напрямком – негативний. Для оцінювання зв'язку застосовано ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена: $r_s = -0,54$, $p_\alpha = 0,002$. Між тривалістю анестезії та рівнем зниження когнітивних функцій встановлений лінійний негативний помірний зв'язок. Таким чином чим довша тривалість загальної анестезії, тим нижчі показники когнітивних функцій.

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ

А.С. Слюсаренко, В. Мельник

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Проблема зростання кількості опіоїдзалежних пацієнтів після перенесених ними загальних анестезій з використанням стандартних доз наркотичних анальгетиків (фентанілу, альфентанілу, реміфентанілу), а також проблема формування післяопераційної гіпералгезії, індукованої застосуванням під час операцій опіоїдних анальгетиків короткої дії, призвели до пошуку методик багатокомпонентної загальної анестезії з використанням мінімальних доз наркотичних анальгетиків – так званої мультимодальної малоопіоїдної анестезії (ММА).

Мета. Оптимізація методики анестезіологічного забезпечення оперативних втручань при патології ЛОР-органів.

Завдання. Порівняльний аналіз анестезій з використанням стандартних доз наркотичних анальгетиків та малоопіоїдної мультимодальної анестезії.

Визначити варіабельність гемодинаміки при малоопіоїдній та опіоїдній анестезії.

На основі отриманих результатів запропонувати та обґрунтувати найбільш доцільну методику анестезії оперативних втручань при патології ЛОР-органів.

Мультимодальна загальна анестезія – це поєднання різних медикаментів для створення всіх компонентів загального знеболення. Основна мета – це мультимодальний підхід і контроль ноцицепції та зменшення побічних ефектів медичних препаратів за рахунок використання меншої їх кількості. Медикаменти, що включають в себе поняття мультимодальна анестезія, впливають на всі ланки центральної нервової системи. Кожна раціональна стратегія повинна бути зосереджена на контролі ноцицепції під час хірургічного втручання та в ранньому післяопераційному періоді. Анальгезія без опіоїдів або з

використанням їх в мінімальних дозах – один з ключових факторів у доктрині швидкого відновлення після операції (ERAS-Enhanced Recovery After Surgery). Протокол ERAS передбачає низку заходів ведення хворих у періопераційний період, у тому числі анальгезії без опіоїдів. Дотримання цих рекомендацій зменшує тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі на 30%, частоту ускладнень – на 45%, смертність – на 30%.

Матеріали. На базі НВМКЦ «ГВКГ» буде проспективно обстежено 30 хворих, прооперованих на базі клініки отоларингології.

Хворі будуть розділені на дві групи, залежно від анестезіологічного забезпечення:

1 група – тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу і фентанілу (опіоїдна анестезія);

2 група – тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу, низьких доз фентанілу, НПЗЗ та лідокаїну в/в (малоопіоїдна мультимодальна анестезія).

Хворі будуть рандомізовані за віком, статтю, ІМТ та тривалістю оперативного втручання.

Висновок. Згідно літературних даних на даний момент можна зробити наступний висновок. Методика малоопіоїдної анестезії знижує інтенсивність післяопераційного болю, сприяє більш швидкому відновленню пацієнта та зменшує час перебування пацієнта в стаціонарі.

СПОСОБИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА ВЕНТИЛЯЦІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВІЙ ХІРУРГІЇ

О.В. Пачехон, О.В. Тхоревський

Українська військово-медична академія, м. Київ

Анестезії при операціях щелепно-лицьової ділянки відносяться до категорії високого ризику складності, що обумовлено особливостями анестезіологічного забезпечення в щелепно-лицьовій хірургії. На перший план виходить проблема забезпечення і підтримки прохідності дихальних шляхів та здійснення респіраторної підтримки, особливо при недовготривалих реконструктивних оперативних втручаннях на щелепно-лицьовій ділянці.

Сама інтубація трахеї супроводжується значним подразненням рефлексогенних зон гортані та супутніми критичними гемодинамічними змінами.

Мета. Підвищити безпеку анестезіологічного забезпечення реконструктивних втручань у щелепно-лицьовій хірургії шляхом вибору оптимального способу забезпечення прохідності дихальних шляхів в передопераційному періоді.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 45 пацієнтів, яким проводились планові реконструктивно-відновлювальні операції з приводу посттравматичної деформації обличчя. Пацієнтам 1-ї групи підтримку прохідності

верхніх дихальних шляхів забезпечували інтубацією трахеї ендотрахеальною трубкою через рот, 2-ї групи – інтубацією трахеї ендотрахеальною трубкою через ніс, 3-ї групи – застосовували ларингеальну маску другого покоління I-gel. У кожній групі оцінювалися гемодинамічні показники під час анестезіологічного забезпечення, порівняння пікового тиску вдиху, оцінка післяопераційних ускладнень.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що ларингеальна маска на 11,1% від 1-ї групи та на 11,3% від 2-ї групи менше підвищує середній артеріальний тиск при встановленні та на 12% і 14,6% – при видаленні, що обумовлено менш вираженою стресовою реакцією організму на подразнення. Піковий тиск в контурі в 1-й групі становив $16,6 \pm 1,8$ см вод. ст., в 2-й групі – $16,8 \pm 1,9$ см вод. ст., в 3-й групі – $17,4 \pm 1,5$ см вод. ст., відмінності між групами статистично не значущі ($p > 0,05$), ларингеальна маска забезпечує достатню герметичність з'єднання дихальних шляхів з контуром наркозного апарату. Середній час до екстубації трахеї в 1-й та 2-й групах склав $16,8 \pm 2,3$ хв та $17,5 \pm 2,9$ відповідно, а в 3-й – $9,5 \pm 2,1$ хв ($p < 0,05$). Біль у горлі в групі ЛМ зустрічається на 33% менше ніж в групі з ЕТТ через рот, та на 50% менше ніж в групі з ЕТТ через ніс. Нудота була на 50% частішим ускладненням в групах з інтубаційною трубкою ніж з ларингеальною маскою. В групі з ЛМ не зафіксовано жодного випадку осиплості голосу та блювання.

Висновки. При реконструктивних втручаннях на лицьовій та орбітальній ділянці можна застосувати ларингеальні маски 2-го покоління з мінімальним впливом на серцево-судинну систему при встановленні та видаленні, достатньою герметичністю, меншим відсотком післяопераційних ускладнень порівняно з ендотрахеальним способом.

НЕДОЛІКИ ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Ю.К. Мкртчян, О.О. Бугай, М.М. Журко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Нами проведено аналіз поранених з бойовою черепно-мозковою травмою. За даними клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження сформульовані об'єктивні критерії ступеня тяжкості та прогностично несприятливі маркери при травмі голови. Під час збору даних встановлені певні недоліки, аналіз яких піднімає нові актуальні питання ведення медичної документації. Їх вирішення дозволить покращити якість інформації щодо стану пораненого та обсягу наданої йому медичної допомоги.

Мета. Встановити характер недоліків ведення медичної документації.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 87 медичних карт стаціонарних хворих з вогнепальною травмою голови. Всі поранені приймали участь в Українсько-Російському військовому конфлікті в період з 19.06.14 по 29.03.19.

Результати та обговорення. Серед всіх поранених лише в 46 (53%) був достатній обсяг даних для проведення нашого аналізу. Провівши аналіз, потрібно зазначити декілька важливих факторів. Насамперед, це – медична документація, на основі якої написана вказана робота. Можна стверджувати, що, починаючи з догоспітальної ланки, первинна облікова документація на тактичному рівні не ведеться. Серед всіх поранених лише в одного була «форма 100». Інформація, в якій лише зазначалися паспортні дані пораненого. Відсутня інформація про час поранення не дозволяє об'єктивно оцінювати ступінь тяжкості пораненого, адже неможливо порівнювати пораненого з БЧМТ, якому надали допомогу протягом «золотої години» та того, хто пролежав в полі протягом декількох годин. Відсутня спадкоємність в медичній документації. На II етапі медичної допомоги привертають увагу неінформативні перевідні епікризи, відсутні протоколи операцій. Особливу увагу хочу звернути на карти інтенсивної терапії. Об'єктивність інформації, зазначеної в картах, підлягає сумнівам. Так в поранених з гемодинамічною нестабільністю фіксуються нормальні рівні артеріального тиску при високих дозах інфузії дофаміну. Інформативність не охоплює всі важливі елементи спостереження поранених з БЧМТ, як приклад – це відсутні дані SpO_2 . Серед 46 поранених антропометричні дані (зріст, вага) вказані лише в 3 поранених. Відповідно неможливо надати повною мірою відповіді на такі важливі питання як ефективність дози лікарських засобів чи безпечні параметри ШВЛ відповідно до ідеальної маси тіла. Важко уявити, як можна зважити пораненого в комі, але виміряти зріст в ліжку цілком реально. В щоденниках динамічного спостереження рівень свідомості оцінювався за аналоговою шкалою, тобто вказувалось оглушення, але не зазначено еквівалент по ШКГ. В зв'язку з цим у всіх поранених приймався найменший бал за ШКГ. Відсутні дані щодо параметрів ШВЛ, таким чином дослідження респіраторної підтримки не проведено. Заключення результатів КТ іноді носить анамнестичний характер. А саме: «стан після вогнепального поранення». Лабораторний моніторинг не несе системного характеру. Через вказані фактори майже кожен другий поранений не врахований в дослідженні.

Висновок. Досвід надання медичної допомоги показує, що майже кожного другого пораненого втрачено через недостатню якість ведення медичної документації. Аналіз таких даних актуальний та необхідний в сучасній системі медичної служби. Він дозволить, керуючись власним досвідом, впровадити найбільш раціональні та дієві заходи для збереження здоров'я та життя військовослужбовців.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ ТОВЩИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ

С.В. Ващенко, В.М. Мошківський

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. На сьогоднішній день всі шкали прогнозування тяжкої інтубації, а саме, шкала Малампаті, LEMON, вимірювання тиреоментальної відстані через анатомічні варіації структур гортані не є клінічно достовірними. Ці шкали чутливі, але малоспецифічні, тому є ймовірність вчасно не підготуватися до тяжкої інтубації трахеї. Ми в нашому дослідженні хочемо продемонструвати доцільність використання ультразвукового вимірювання товщини м'яких тканин передньої поверхні шиї як достовірного критерія складної ларингоскопії.

Мета. Покращити прогнозування тяжкої ларингоскопії шляхом ультразвукового вимірювання товщини м'яких тканин передньої поверхні шиї.

Матеріали і методи. Дослідження повністю проспективне. Пацієнти поділені на групи за принципом візуалізації голосової щілини при прямій ларингоскопії згідно шкали Кормака-Лехана. Проводиться порівняння класичних методів оцінки складності інтубації трахеї з ультразвуковим вимірюванням товщини м'яких тканин передньої поверхні шиї.

Результати та обговорення. Дослідження знаходиться на етапі набору клінічного матеріалу. Проміжні результати показують достовірний рівень прогнозування тяжкої ларингоскопії. Остаточні результати дослідження будуть опубліковані після його завершення.

Висновки. Ультразвукове дослідження м'яких тканин шиї та анатомічних структур гортані разом з класичними методами має більшу прогностичну цінність в прогнозуванні складних дихальних шляхів.

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ АЛКОГОЛЕМ ТА НЕВІДОМОЮ РЕЧОВИНОЮ (НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ)

Є.Ю. Заверюха, Т.М. Левченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Сьогодні проблема поширеності алкогольної та наркотичної залежності є вкрай актуальною не тільки в Україні, а й у всьому світі. Кожного дня зростає рівень та динаміка важких отруєнь алкоголем та наркотичними речовинами, що є важливим індикатором соціального стану в Україні. Оптимізація інтенсивної терапії при гострих отруєннях невідомою речовиною є головною складовою успішного одужання та зменшення відсотку інваділізації даної категорії пацієнтів.

Мета. Оптимізація інтенсивної терапії при гострих отруєннях алкоголем та невідомою речовиною.

Матеріали та методи. На основі ретроспективного аналізу лікування 64 пацієнтів з гострими отруєннями (гостре отруєння алкоголем, алкогольна інтоксикація – 42 пацієнта; гостре отруєння невідомою речовиною – 14 пацієнтів; гостре отруєння наркотичними (психоактивними) речовинами, стан наркотичного сп'яніння – 8 пацієнтів) було проаналізовано клінічні, лабораторні та функціональні зміни, обумовлені гострим отруєнням; основні принципи лікування пацієнтів з отруєннями.

Результати та обговорення. За результатами дослідження встановлено, що провідними синдромами при гострих отруєннях алкоголем та невідомою речовиною (наркотичними речовинами) є: нейротоксичний синдром (у 40% пацієнтів відмічалась ясна свідомість, тоді як у 39% пацієнтів зустрічається глибоке оглушення, у 13% пацієнтів було виявлено помірне оглушення, тоді як сопор був виявлений лише у 8% пацієнтів); гепатоцелюлярний синдром, біохімічним відображенням якого є підвищення рівня АЛТ (в першій групі до 122 мкмоль/л, в другій групі до 41,8 мкмоль/л) та АСТ (в першій групі до 104,45 мкмоль/л, в другій групі до 65,8 мкмоль/л); синдром запальної відповіді (підвищення рівня лейкоцитів в першій групі до $10,37 \times 10^9$, в другій групі до $11,67 \times 10^9$); можливий розвиток синдрому тривалого стиснення (підвищення рівня КФК у першій групі до 1000,5 ОД/л, в другій групі до 455,6 ОД/л).

Висновки. Основними оптимальними та ефективними напрямками інтенсивної терапії при гострих отруєннях алкоголем та невідомою речовиною (наркотичними речовинами), зважаючи на встановлені провідні синдроми та симптоми, залишається дезінтоксикаційна терапія. Вона включає в себе промивання шлунка, санацію кишківника, стимуляцію діурезу (введенням розчину фуросеміду у дозуванні 10–30 мг 1–3 рази на добу), парентеральне введення кристалоїдних розчинів (1,66–2,22 мл/кг/год), пероральну регідратацію (0,83–0,89 мл/кг/год), симптоматичну терапію, гепатопротекторну, вітамінну терапію. Покращення інтенсивної терапії при даній патології сприяє швидшому одужанню пацієнтів та зменшенню їх інвалідизації.

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМ НИРКИ ТА СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Ю.Ю. Осьмірко, Т.М. Левченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

В сучасному суспільстві ожиріння визначається найбільш поширеною метаболічною хворобою, що досягла масштабів пандемії. Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнтів і зменшенням загальної тривалості життя у зв'язку з частим розвитком тяжких супутніх захворювань.

Мета роботи. Оптимізувати анестезіологічне забезпечення у хворих з новоутворенням нирки та супутнім ожирінням.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 48 пацієнтів, яким була виконана лапароскопічна нефректомія з приводу новоутворення нирки. Хворих було розподілено на дві групи за наявністю супутнього ожиріння. I група – пацієнти з нормальною масою тіла, N=25 (ІМТ=18,5–24,9 кг/м²), II група – з наявністю супутнього ожиріння N=23 (ІМТ≥30 кг/м²). У всіх хворих оперативне втручання проводилось із застосуванням поєднаної анестезії (загальна багатокомпонентна анестезія з інтубацією трахеї та ШВЛ та епідуральна анестезія). Загальна багатокомпонентна анестезія досягалась шляхом застосування фентанілу (середня доза 1,9 мкг/кг/год в першій групі та 2,07 мкг/кг/год – в другій групі), пропофолу (середня доза 7,16 мг/кг/год в першій групі та 4,98 мг/кг/год – в другій групі). Для міорелаксації застосовували Атракуріум в середній дозі для 1 та 2 груп – 0,3 мг/кг/год. Вентиляція легень здійснювалась апаратом «Бриз» в режимі CMV. Зміна параметрів вентиляції здійснювалась відповідно до етапу оперативного втручання: до накладання карбоперітонеуму ДО складав 8–10 мл/кг, на етапі карбоперітонеуму ДО складав 6–5 мл/кг, ХОД залишався без змін. Для вирішення поставлених задач в роботі оцінювались наступні показники: відновлення самостійного дихання, відновлення свідомості, час екстубації, активна поведінка, тривалість перебування у ВРІТ, кількість ліжко-днів, кількість використаних препаратів, ВЧТ.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що при проведенні нефректомії нами не відмічено достовірної різниці гемодинамічних показників у хворих з ожирінням та у хворих без ожиріння. Так у хворих з ожирінням АТ середній складав 109±10,2, у хворих без ожиріння – 98±6,1. ЧСС в середньому у хворих з ожирінням – 69±5,2, без ожиріння – 67±4,3.

У ранньому післяопераційному періоді у хворих з ожирінням відмічено достовірно довшу тривалість післяопераційного ШВЛ (середня тривалість – 266,08±44,6 хвилин), тоді як у хворих без ожиріння ШВЛ тривала 248±34,6 хвилин; достовірно довшу тривалість перебування пацієнтів у ВРІТ (у хворих з ожирінням 1086,4±67,7 хвилин, без ожиріння – 970±29,9 хвилин); достовірно довший період стаціонарного лікування (у хворих з ожирінням 9,7±1,6 днів, без ожиріння – 8,2±1,3 днів).

Висновки. За результатами дослідження встановлено, переважна більшість хворих з ожирінням (68%) в ранньому післяопераційному періоді потребує перебування у ВРІТ та проведення подовженої ШВЛ (в середньому протягом 960 хвилин) після закінчення оперативного втручання. Застосування поєднаної анестезії (ЗБА + епідуральна) дає можливість забезпечити достатній рівень знеболення як під час оперативного втручання, так і в ранньому післяопераційному періоді у хворих з ожирінням при проведенні нефректомій.

ESP-БЛОКАДА ЯК ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЗНЕБОЛЕННЯ

М.Л. Підфедько, В.М. Мошківський

Українська військово-медична академія, м. Київ

ESP-блокада – надфективна метод досягнення максимимально ефективного рівня знеболення торакальної патології. Торакальна патологія часто супроводжується больовими синдромами, що важко купіруються нестероїдними протизапальними засобами та вимагають високих доз наркотичних анальгетивів. Методика ESP відкриває можливості більш успішного лікування, зменшення дози наркотичних анальгетиків та пролонгації знеболення та уникнення ускладнень, що загрожують життю, та ефективності подальшого лікування та тривалості перебування в лікувальному закладі, на відміну від епідурального знеболення.

Мета. Визначити оптимальний метод знеболення для торакальної патології, використовуючи функціональні методи оцінки болю.

Матеріали і методи. Аналіз актуальних методів та підходів до знеболення патології органів грудної клітки (ГК) та тканин над нею з популярних науковий інтернет-ресурсів. Оцінка больової чутливості проводилася відповідно візуально-аналоговій шкалі та спірометрії.

Для спірометрії використовувався сучасний цифровий спірометр Неасо SP 10.

Всі пацієнти – чоловіки та жінки, віком від 19 до 64 років, які лікувалися з приводу переломів ребер та груднини, або перенесли торакотомії чи відеоасистовані торакоскопічні оперативні втручання, хірургії молочної залози. Пацієнти розділялися на підгрупи відповідно методів знеболення.

Визначався поріг больових відчуттів перед оперативним втручанням та в динаміці через годину, три години та наступного дня після оперативного втручання. Встановлення кореляційного зв'язку проводилось на основі коефіцієнта кореляції Пірсона з його поправкою по методу z-Фішера.

Результати та обговорення. Дослідження проспективне, опрацьовано на 30%. Перспективна методика, остаточні результати – після закінчення дослідження.

Показники візуально-аналогової шкали болю через 3, 12 і 24 години після операції були значно нижчими та зменшували післяопераційне кумулятивне споживання опіоїдів у групі ESPB порівняно з групою пацієнтів, кому було проведено епідуральне знеболення. Результати спірометрії більш наочно підтверджували функціональну спроможність пацієнта до активного зовнішнього дихання в перші 12 годин після операції, дають можливість більш точно підібрати дозу препарату для знеболення, швидшого ефекту лікування та реабілітації після оперативного втручання, порівняно з групою епідурального знеболення.

Висновок. ESP-блокада з спірометричним контролем болі забезпечує наочний контроль ефективності лікування, скорочення термінів перебування в лікувальному закладі та раннє повернення працездатності навіть після

важких травм грудної клітки, що підтверджує перспективність та міжнародний інтерес до методики. Важливим фактом є і те, що спірометрія є не тільки найточнішим методом оцінки больових відчуттів, пов'язаних із грудною кліткою, а й швидким і комфортним для пацієнта. Дослідження проспективне, опрацьоване лише на 30%. Остаточні результати будуть отримані по закінченні дослідження.

ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОЇ СХЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ/ЛІКУВАННЯ СТРЕСОВИХ ВИРАЗОК У ПОРАНЕНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Є.О. Таратута

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Стресовими виразками (СВ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) називають гострі поверхневі й множинні виразкові ураження стравоходу, шлунка й дванадцятипалої кишки, що виникають при критичних станах. Інцидентність шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) у критично хворих пацієнтів коливається біля 5%. Поранені в післяопераційному періоді є однією з категорій високого ризику виникнення стресових виразок.

На сьогодні в Україні немає регламентованого протоколу профілактики виникнення стресових змін слизової, але розробляються схеми лікування, основним завданням яких є ліквідація фізіологічного стресу і відновлення нормальної гемоциркуляції та гемоперфузії тканин.

Мета дослідження. Запобігти виникненню та розвитку СВ у поранених військовослужбовців шляхом вибору найбільш оптимального лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі клініки НВМКЦ «ГВКГ» в 2018–2020 роках шляхом аналізу 20 історій хвороб пацієнтів з абдомінальними пораненнями із СВ, що встановлювались на основі даних ФГДС.

Результати власних досліджень. Для оцінки потенційних факторів ризику виникнення стресових виразок було проведено дослідження, що включає 20 пацієнтів із абдомінальними пораненнями. Проведено розподіл пацієнтів на дві групи. До першої групи увійшло 10 пацієнтів, яким застосовувався інгібітор протонної помпи (ІПП) пантопрозол 40 мг 2 рази на день. До другої групи увійшло 10 пацієнтів, яким застосовувався H_2 -блокатор фамотидин 50 мг болсно кожних 8 годин. Хворим обох груп було визначено рН шлункового соку до початку застосування ліків та на 5 добу після їх застосування. Середні показники рН відповідали гіперацидному стану, що характерно для важких пацієнтів. На тлі проведеного лікування помітна різниця в показниках залежно від схеми терапії. Лікування пантопрозолом статистично значуще впливає на зменшення рН, кислотність знизилась до $5,5 \pm 0,2$ або на 76,5%. Фамотидин також статистично значуще знижує рН, показники кислотності становили $4,1 \pm 0,1$ або на 66,8%.

Застосування ІПП в описаній вище схемі краще знижує рН шлункового соку в хворих на $1,4 \pm 0,1$, ніж при використанні H_2 -блокаторів. Різниця показників після лікування становила 25,5%. Тобто пантопрозол на чверть краще знижує рН, ніж фамотидин. Таким чином для профілактики/лікування СВ в першу чергу потрібно знизити рН для запобігання негативного впливу високої кислотності шлунка на його слизову оболонку, що в подальшому може призвести до розвитку шлунково-кишкових кровотеч. Тому можна рекомендувати застосування саме ІПП.

Висновки. Застосування пантопрозолу ($p_\alpha(t, df=9) < 0,001$) та фамотидину ($p_\alpha(t, df=9) < 0,001$) статистично значуще впливає на зниження рН шлункового соку. Зміни складають в середньому для першої групи $5,5 \pm 0,2$, або на 76,5% та $4,1 \pm 0,1$ або на 66,8% – для другої групи.

У пацієнтів, яким застосовували пантопрозол, у порівнянні з групою, яка отримувала фамотидин, показники рН виявились вірогідно нижчими ($p_\alpha < 0,05$) в середньому на $1,4 \pm 0,1$ або 25,5%. Тобто пантопрозол краще знижує рН, ніж фамотидин. Таким чином для профілактики/лікування СВ в першу чергу потрібно знизити рН для запобігання негативного впливу високої кислотності шлунка на його слизову оболонку, що в подальшому може призвести до розвитку шлунково-кишкових кровотеч. Тому можна рекомендувати застосування саме ІПП.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ У ПРОГНОЗУВАННІ ВАЖКИХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

І.О. Тімохіна, В.М. Мошківський

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Головним завданням лікаря-анестезіолога є вчасне забезпечення прохідності дихальних шляхів, оптимальної вентиляції та оксигенації пацієнта під час тотальної внутрішньовенної анестезії на планових оперативних втручаннях. В умовах сьогодення є безліч прогностичних приліжкових тестів, що мають слабку та помірну чутливість (20–67%) та специфічність від помірної до достовірної (82–97%). А отже, такі розбіжності спонукають до пошуків високочутливих та високоспецифічних методів передбачення важкої ларингоскопії та інтубації.

Мета. Вивчити соноанатомію передньої поверхні шиї та верхніх дихальних шляхів.

Матеріали та методи. Портативний апарат ультразвукової діагностики (апарат УЗД), індивідуальна карта реєстрації досліджуваних параметрів, пацієнти, які готуються до планового оперативного втручання. Для обробки даних використовували методи статистичного аналізу в програмах «Excel» та «Statistica».

Результати та обговорення. Нами в умовах палати, превентивно, було оцінено хворих за допомогою портативного апарата УЗД. Пацієнтів розподілили на 2 групи: 1 – із прогностично сприятливою інтубацією трахеї (для оцінки використовували LEMONlaw) та з прогностично важкими дихальними шляхами. Всього в дослідження були залучені 22 хворих: 11 – до 1-ї групи, та 11 – до 2-ї групи. Контингент хворих від 45 до 87 років, ІМТ=28±7, у вибірці переважали особи з надмірною масою тіла, які мають порівняно вищі ризики важкої ларингоскопії. Час, витрачений на сонографічну оцінку, – 4±2,2 хв. Під час огляду оцінювали: товщину язика, відстань від нижньої щелепи до під'язикової кістки, відстань від під'язикової кістки до шкіри, товщину передніх тканин шиї на рівні голосових складок та преепіглотичної клітковини. Під час вимірювань та після статистичної обробки отриманих показників з'ясували, що існує зв'язок між оцінюваними величинами та візуалізацією голосової щілини при ларингоскопії (коефіцієнт кореляції $r=0,7$).

Висновки. Отже, вивчення соноанатомії шиї відносно прогнозування важкої інтубації трахеї є новітнім та досить перспективним методом періопераційного обстеження.

При обробці отриманих даних встановили наявність зв'язку між товщиною анатомічних структур передньої поверхні шиї та ускладнень при ларингоскопії та інтубації.

При подальших дослідженнях планується збільшити чисельність вибірки для посилення репрезентативності відносно популяції.

ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Н.В. Гончаренко, І.Ф. Гончаренко, О.П. Шматенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Професійна діяльність фармацевтичного працівника характеризується значною психологічною напругою. Це пов'язано з необхідністю прийому, аналізу та переробки інформації, обсяг якої в теперішній час значно збільшився; індивідуального підходу до кожного відвідувача аптеки, відповідальності за результати роботи. Вирішення таких завдань призводить до виняткового напруження сенсорного апарату, уваги, пам'яті, активного мислення та емоційної сфери, наслідком чого може бути, окрім власного погіршення здоров'я, ще і стійке зниження продуктивності праці. Саме тому профілактика стресових перевантажень і виникнення синдрому професійного вигорання досить актуальна проблема в світлі успішної професійної діяльності фармацевтичних працівників на тлі оптимізації їх психологічного здоров'я.

Мета: сформулювати основні заходи психопрофілактики виникнення синдрому «професійного вигорання» фармацевтичних працівників з метою оптимізації їх психологічного здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували науково-інформаційні джерела, література, інтернет-ресурс за темою дослідження.

Результати та обговорення. Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011).

Отже, професійне вигорання виникає під впливом цілком певних зовнішніх чинників, що, як зазначає В.В. Бойко, пов'язані з особливостями професійної діяльності: хронічно напружена психоемоційна діяльність, «важкий» контингент, з яким доводиться спілкуватися; дестабілізуюча організація, важкі умови праці; підвищена відповідальність за виконувані функції і операції, підвищена вимогливість керівництва; несприятливий психологічний клімат в колективі та внутрішніх, пов'язаних з індивідуальними особливостями людини.

Саме тому профілактичні, лікувальні і реабілітаційні заходи повинні спрямовуватися на зняття дії стресора: зняття робочої напруги, підвищення професійної мотивації, вирівнювання балансу між витраченими зусиллями і отримуваною винагородою.

Для зниження стресового навантаження працівників роботодавець має сформувати позитивний соціально-психологічний клімат в колективі: взаємодовіру, доброзичливу і ділову критику, уникнення зайвого тиску на підлеглих і визнання права самостійно приймати рішення без страху покарання за можливі помилки, достатню поінформованість працівників про стан справ в організації, задоволеність приналежністю до колективу, високий ступінь взаємодопомоги.

Висновки. В цілях спрямованої профілактики виникнення синдрому «професійного вигорання» фармацевтичних працівників слід:

- намагатися розраховувати і обдуманно розподіляти свої навантаження;
- вчитися «переключатися» з одного виду діяльності на інший;
- простіше ставитись до конфліктів в колективі;
- не намагатися бути кращим завжди і у всьому;
- не змішувати професійні проблеми з особистими, працювати на роботі, а відпочивати вдома;
- вчитися релаксувати і швидко перебудовуватися;
- формувати і підтримувати в собі позитивні, оптимістичні установки і цінності, як відносно самих себе, так і інших людей і життя взагалі.

ВИВЧЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗШИРЕННЯ ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О.Ф. Кучмістова, Б.В. Нагорний, Д.С. Харченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. На сучасному складному історичному етапі вельми актуальним є мобілізація усіх можливих засобів для складення результативних реабілітаційних програм для військовослужбовців, особливо учасників операції Об'єднаних Сил. Успішне вирішення завдань, покладених на медичну службу вимагає високого рівня забезпеченості особового складу вітчизняних Збройних Сил максимально широким спектром лікувально-профілактичних засобів, у т.ч. природного походження.

Україна займає позицію лідера серед європейських країн за рівнем забезпеченості цінними природними лікувальними ресурсами, за їх значимістю одними з найбагатших вважаються південно-східні регіони – Дніпропетровський та Запорізький, що й обумовило об'єкт дослідження. Як показав скринінг-аналіз, до сьогодні залишаються повністю не з'ясованими особливості формування ресурсного потенціалу цих регіонів, не узагальнені потужні можливості проведення лікувально-реабілітаційної роботи засобами природного походження серед військовослужбовців на відповідних курортних і позакурортних територіях.

Мета дослідження: розширити можливості оптимізації застосування рекреаційних можливостей південно-східних регіонів України в місцях можливої дислокації військовослужбовців.

Об'єкт і предмет дослідження: лікувальна грязь (фанго-, пелоїди); бальнеогрязьові джерела та санаторно-курортні заклади, розташовані на обраних територіях; пелоїдопрепарати.

Матеріали та методи: загально-наукові та системно-оглядові методи інформаційного пошуку, зокрема скринінг-аналіз, систематизація та інтерпретація її результатів, маркетингових досліджень.

Висновки.

1. Фанголікування – один із найпотужніших природних методів оздоровлення, зацікавлення яким триває не одне тисячоліття. Унікальний склад пелоїдів обумовлює високоефективний вплив як на місцевий запальний процес, так й на всі основні органи та системи. В процесі дозрівання грязь стає унікальним фармакологічним продуктом із широким спектром дії: проти-запальна, загоююча, безпечна, дезінтоксикаційна, імуномодуюча, розслаблююча, здатність до відновлення мінерального балансу.

2. Проведена порівняльна кількісно-якісна оцінка найпотужніших бальнеогрязьових джерел як ланки природного рекреаційно-ресурсного потенціалу Дніпропетровщини та Запоріжчини.

3. Виявлена схожість типу мінералізації грязей (сульфідно-мулові) та відповідного спектру надання лікувально-реабілітаційних послуг в умовах санаторно-курортних закладів, розташованих на означених територіях. Простідовано взаємозв'язок виявлених ресурсів пелоїдів із напрямками проведення стаціонарного лікування у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів цих областей. Вичленено водогрязелікарні та інші заклади, що спеціалізуються на обслуговуванні учасників операції Об'єднаних Сил. Означено, що протягом особливого періоду вони повинні перетворитися у військові госпіталі та використовуватися за призначенням.

4. Фрагментарно висвітлено результати маркетингового дослідження бальнеогрязьових лікарських засобів як сегментів фармацевтичного ринку. Відмічена його насиченість за країнами-виробниками, асортиментом, можливими лікарськими формами. Означені чіткі переваги пелоїдопрепаратів у порівнянні з розчинами нативної грязі, властивості яких майже тотожні. Вичленено найбільш цікаві позиції для можливого розширення спектру проведення відновлювального лікування військовослужбовців, особливо на місцях відповідної дислокації, що є цілком зрозумілим і доречним.

5. Проаналізовано численні випадки успішної реабілітації наслідків воєнних травм, поранень різної етіології, переломів, хірургічних втручань, тяжких тривалих захворювань після курсу застосування нативних грязей або пелоїдопрепаратів. Наведені приклади не вичерпують лікувальний потенціал пелоїдів у якості замісної терапії, що визначає актуальність розробки нових лікарських засобів на їх основі. Узагальнені сучасні підходи до проведення пелоїдотехніки.

6. Вважаємо раціональним продовжити дослідження означеного напрямку, що дозволить розширити межі реалізації оздоровчо-рекреаційного ресурсу

кожного регіону України. Це дозволить максимально скоротити підгострий період реабілітації та повернути військовослужбовця до строю. Викладений матеріал доводить, що грязелікування має залишатися невід’ємною часткою реабілітаційної програми для особового складу вітчизняних Збройних Сил, особливо в сучасних історичних умовах.

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ВИКОРИСТАННЯ

О.В. Плешкова, М.О. Кубська, К.Б. Черкашина

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Широкий номенклатурний асортимент антибактеріальних засобів для системного використання на сучасному фармацевтичному ринку робить проблему вибору доцільного препарату дуже вагомим. Відсутність системних фармакоеконімічних досліджень з питань забезпечення антибактеріальними препаратами обумовили необхідність проведення дослідження вітчизняного ринку антибактеріальних засобів для системного використання для покращення якості надання медичної допомоги.

Мета. Метою нашого дослідження є проведення маркетингового аналізу вітчизняного ринку антибактеріальних засобів для системного використання.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз зареєстрованих в Україні антибактеріальних засобів для системного використання проводилося з використанням інформаційної бази ТОВ «Моріон». Для проведення дослідження використовували структурний, бібліографічний та маркетинговий методи дослідження.

Результати. Спираючись на дані фахової наукової та періодичної літератури, дані листів призначень для проведення аналізу нами було обрано 13 груп основних антибактеріальних засобів для системного використання: J01DC Цефалоспорини другої генерації, J01DD Цефалоспорини третьої генерації, J01DE Цефалоспорини четвертої генерації, J01CR Комбінації пеніциліну, у тому числі з інгібіторами бета-лактамаз, J01GB Інші аміноглікозиди, J01MA Фторхінолони, J01XA Глікопептидні антибіотики, J01XD Похідні імідазолу, J01FA Макродіди, J01AA Тетрацикліни, J01BA Амфеніколи, J01FF Лінкозаміди, J01DH Карбапенеми.

У першу чергу досліджено номенклатуру антибактеріальних засобів для системного використання, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку. Відібрані для аналізу групи загалом нараховують 503 найменувань. Найбільшу частку ринку з них займають антибактеріальні засоби з групи хінолінів (J01M Антибактеріальні засоби групи хінолінів). Вони налічують 126 найменувань (25,7%), що дозволені до застосування в Україні. Друге місце посідає група цефалоспоринів 3 генерації (J01DD Цефалоспорини третьої генерації) – 96 препаратів (19,6%). Найменшою мірою репрезентовані лікарські

препарати груп амфеніколів (J01BA Амфеніколи) і глікопептидів (J01XA Глікопептидні антибіотики) – по 9 позицій (по 1,8%).

Наступним етапом аналізу стало дослідження географії постачальників лікарських засобів визначених груп. Від загального обсягу антибактеріальних засобів для системного використання 141 асортиментна позиція представлена українськими фірмами-виробниками та 362 – іноземними, що у відсотковому перерахунку становить 28% та 72% відповідно.

Проведені дослідження показали, що основну частину вітчизняних лікарських засобів з антибактеріальною дією складають препарати з групи фторхінолонів – 36 позицій (26% від загального обсягу вітчизняних препаратів з антибактеріальною дією), цефалоспоринів 3 генерації – 27 позицій (19,6%) та макролідів – 20 найменувань (14,5%). Цікаво відзначити, що переважну частину імпортованих препаратів формують ці ж самі групи: фторхінолони – 90 препаратів (25,5%), макроліди – 72 позиції (20,4%), цефалоспорини третьої генерації – 69 найменувань (19,5%). Слід зазначити, що група глікопептидних антибіотиків українськими виробниками взагалі не представлена.

Номенклатуру вітчизняних антибактеріальних засобів для системного використання забезпечують 28 фірм-виробників. Серед них найбільшу кількість найменувань вітчизняного виробництва пропонують Корпорація «Артеріум» (Київ) та ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (Київ) – по 23 препарати. Загалом ці виробники постачають третину препаратів (33,3%). Крім того, значний обсяг продукції на внутрішній фармацевтичний ринок надходить від ЗАТ «НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (13 найменувань; 9,4%) та ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» (10 найменувань; 7,2%). Отже, наведені фірми-виробники постачають на внутрішній фармацевтичний ринок 49,9% загального асортименту вітчизняних лікарських препаратів, що становить майже половину від загального обсягу.

Крім України наявність зазначених груп препаратів забезпечується 95 фірмами-виробниками з 30 країн світу. Серед них позицію лідера за обсягом постачання посідає Індія (43% препаратів; 38 фірм-постачальників), друге місце належить Словенії (7,9%; 4 фірми), третє – Великобританії (6,8%; 6 фірм-постачальників). Найменшу ж кількість асортиментних позицій на фармацевтичному ринку України представляють Македонія, Італія, Литва та Ізраїль. Їх загальна частка складає 1,13% антибактеріальних засобів для системного використання.

Виявлено, що найбільшу кількість найменувань зарубіжного виробництва пропонують фірми KRKA (Словенія) – 15 найменувань та Alembic Ltd. (Індія) – 12 найменувань.

Наступним етапом аналізу було дослідження стосовно лікарських форм, в яких репрезентуються антибактеріальні засоби для системного використання. Так, визначено, що домінуючими формами на сучасному ринку є:

таблетки – майже 42%,

порошки для приготування ін'єкційних розчинів – 32%,

розчини для ін'єкцій – біля 14%,
інші форми (краплі очні, гелі, супозиторії, крем, суспензії для перорального застосування) – 1%.

Висновок. Таким чином, проведено дослідження асортименту препаратів з антибактеріальною активністю, які представлені на фармацевтичному ринку України.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОТРЕБ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

В.В. Руденко, А.С. Пивовар, А.В. Роїк

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. На сьогоднішній день негоспітальна пневмонія (НП) залишається важливою медико-соціальною проблемою ХХІ століття. Високий рівень захворюваності на НП, значні показники інвалідизації і смертності, а також суттєві економічні втрати внаслідок захворювання вимагають постійної корекції схеми лікування.

Аналіз проаналізованих джерел літератури показав, що НП є однією з актуальних проблем сучасної медицини. У вирішенні цієї проблеми значне місце займає своєчасне лікування якісними лікарськими засобами (ЛЗ) з відповідними фармакологічними спектрами дії та постійною корекцією схеми лікування. Необхідно володіти чіткими уявленнями про стан лікарського забезпечення хворих на НП для ефективного формування напрямків його оптимізації індивідуально для кожного хворого. Для цього необхідно застосовувати принцип максимальної ефективності лікування при мінімальних витратах з використанням фармакоекономічних методів.

Мета дослідження: провести аналіз номенклатури ЛЗ для оптимізації забезпечення потреб вітчизняного ринку з означеної патології.

Об'єкт дослідження: номенклатура ЛЗ для лікування НП.

Методи дослідження: бібліографічний, системно-оглядовий, інформаційно-пошуковий, ретроспективний, системного аналізу, метод порівняння та маркетингових досліджень.

Авторами проаналізовано дані літератури щодо класифікації та фармакотерапії хворих на НП і встановлено, що існує три види НП : у пацієнтів без виражених порушень імунітету, у пацієнтів із вираженими порушеннями імунітету та негоспітальна аспіраційна пневмонія. Залежно від тяжкості захворювання розрізняють НП легкого, середньотяжкого та тяжкого перебігу.

На сучасному фармацевтичному ринку України представлено більше 13 тис. препаратів українського та іноземного виробництва. Серед них третє місце займають антибактеріальні ЛЗ (приблизно 10% від усіх INN у світі), що є також найбільш вживаними не лише в нашій країні, але й в межах світового масштабу. Кожного року на нашому фармацевтичному ринку з'являється більше

200 нових препаратів і відповідно цінові межі варіюють від мінімальної до кількох тисяч гривень.

Антибактеріальна терапія є єдиним науково обґрунтованим методом лікування НП. Антибіотики – єдиний клас ЛЗ, ефективність яких з часом знижується, тому ідеальний антибіотик для лікування при НП повинен мати високу природну активність щодо основних збудників при низькому рівні набутої резистентності до нього.

Майже третину від загального обсягу антибактеріальних ЛЗ виробляють Корпорація «Артеріум» (Київмедпрепарат, Київ) та ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»» (Київ) – це близько 33,3% сегменту фармацевтичного ринку України. Також, чільне місце по обсягам виробництва антибактеріальних ЛЗ займають ПАТ «НВЦ «Борщагівський ХФЗ» – 9,4%. та ТОВ «ФК «Здоров'я» – 7,2%. Лідерами за обсягом постачання антибактеріальних ЛЗ в Україні є іноземні виробники таких країн, як Індія – 43%, Словенія – 7,9%, Великобританія – 6,8% та інших країн, таких як Македонія, Італія, Литва та Ізраїль – 1,13%.

Висновок. Отже, в результаті проведення методу порівняння та маркетингового аналізу фармацевтичного ринку ЛЗ для лікування НП визначено, що вітчизняні виробники займають значний сегмент по забезпеченню населення антибактеріальними препаратами. Аналіз за фірмами-виробниками показав, що вітчизняні виробники майже на 49,9% забезпечують потреби в лікуванні НП антимікробними препаратами, що становить майже половину від загального обсягу препаратів цієї групи. Враховуючи тенденцію до погіршення реального платоспроможного попиту значної більшості населення, необхідним є подальше посилення позиції препаратів вітчизняного виробництва, що застосовуються при лікуванні НП.

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ

П.С. Сирота, О.М. Рикова, І.І. Семірненко, О.В. Підлісний

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність теми. З початком ведення бойових дій на Сході України перед органом управління медичною службою постало багато проблем, одна з яких це організація медичного постачання медичним майном і технікою військових мобільних госпіталів та військових частин.

Система медичного постачання в районі проведення ООС (АТО) за період свого існування не раз змінювалась і пройшла ряд вдосконалень. Але не зважаючи на всі зміни, які відбулися, медичне постачання на сьогоднішній день все одно потребує певного удосконалення.

Метою і завданням даного дослідження є удосконалення системи медичного постачання в районі проведення ООС.

Для досягнення мети даного дослідження необхідно вирішити наступні **завдання**:

вивчити і проаналізувати сучасний стан медичного постачання в районі проведення ООС (АТО);

визначити проблемні питання медичного постачання і шляхи удосконалення; запропонувати створення мобільного медичного складу (ММС), що дозволить оптимізувати систему медичного постачання в районі проведення ООС; розробити штат ММС, укомплектувати особовим складом, транспортом, засобами механізації та майном.

Об'єкт дослідження. Система медичного постачання ЗС України.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети, використовувались наступні методи: аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу, порівняння.

Результати дослідження та їх обговорення. Медичне постачання військових частин та медичних підрозділів в районі проведення ООС (АТО) є складовою медичного забезпечення і охоплює комплекс заходів, спрямованих на своєчасне та повне забезпечення потреб медичним майном та технікою.

Медичне постачання організовується відповідно до вимог «Керівництва з організації постачання медичною технікою та майном ЗСУ у мирний час» (Наказ Директора Військово-медичного департаменту МОУ № 36 від 12.12.2016 р.).

Військові частини та медичні підрозділи військових частин, які беруть участь в ООС, забезпечуються медичною технікою та медичним майном через військово – медичні клінічні центри регіонів (ВМКЦ міст Харкова, Одеси, Вінниці, Львова) за територіальним принципом відповідно до Наказу Міністра оборони України № 608 від 16.11.2016 р. «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я ЗС України за організацією медичного забезпечення».

За період 2014–2016 рр. система медичного постачання в районі проведення ООС (АТО) поступово вдосконалювалась:

В середині 2014 року у визначених районах були розгорнуті мобільні госпіталі з яких було організовано постачання медичним майном військових частин. Враховуючи великий обсяг роботи щодо забезпечення військових частин медичним майном, у 2015 році в кожному мобільному госпіталі було створено групи медичного постачання (пересувні) (ГМП(п)). Які забезпечують постачання медичним майном військові частини на лінії розмежування та на території проведення ООС (АТО).

З метою удосконалення медичного постачання військових частин, що перебувають в зоні ООС (АТО), Військово-медичним департаментом у 2016 році впроваджується нова схема медичного постачання, згідно якої забезпечення ГМП(п) військових мобільних госпіталів лікарськими засобами і виробами медичного призначення проводиться через ВМКЦ Північного регіону.

Забезпечення медичним майном військових частин зони відповідальності 61 Військово-мобільного госпіталю (м. Маріуполь) здійснюється з ВМКЦ Північного регіону транзитом через 450 Військовий госпіталь (м. Запоріжжя).

Група медичного постачання (пересувна) 65 ВМГ (м. Часів Яр) здійснює постачання медичним майном не лише військові частини та бригади, що знаходяться в їх підпорядкуванні, але і забезпечує ще ГМП(п) 66 ВМГ (м. Покровськ) і 59 ВМГ (м. Северодонецьк).

Запропонована схема медичного постачання працює до теперішнього часу. Проаналізувавши дану схему постачання, виявили наступні недоліки:

на ВМКЦ Північного регіону покладена не властива їм функція формування нарядів медичного майна для ГМП(п) ВМГ інших регіонів;

ВМКЦ Північного регіону (м. Харків) щоб задовільнити потреби 61 ВМГ (м. Маріуполь) здійснюють поставку через 450 Військовий госпіталь (м. Запоріжжя), плече підвозу медичного майна близько 550 км, що призводить до зайвих витрат ресурсів, пального та часу;

на ГМП(п) 65 ВМГ додатково покладені функції з забезпечення ГМП(п) 66 і 59 ВМГ, що ускладнює виконання прямих обов'язків даної ГМП(п) із забезпечення військових частин і бригад в зоні їх територіальної відповідальності.

Схема медичного постачання в такий спосіб працює, однак є логістично та документально обтяжливою. Ураховуючи зазначене, нами запропоновано створення ММС – автономного, високоманеврового закладу з функціями медичного постачання й основним джерелом поповнення витрат медичного майна у районі застосування військ (сил) і введенням ММС до сил і засобів ООС.

Включення до схеми медичного постачання ММС дозволить оптимізувати систему забезпечення медичним майном військових частин, що виконують свої завдання в зоні проведення ООС.

В ході нашого дослідження були визначенні основні завдання ММС, розглянуто організаційно-штатну структуру ММС, запропонований транспорт і засоби механізації для укомплектування ММС.

Висновки. В результаті нашого дослідження розглянуто діючу систему медичного постачання в районі проведення ООС(АТО) і вказано на недоліки в даній схемі.

Запропоновано створення ММС, який буде забезпечувати медичною технікою та майном військові частини та ВМГ в районі проведення ООС.

В процесі розробки шляхів організації роботи ММС запропоновано організаційно-штатну структуру ММС, розглянуто укомплектування ММС транспортом, засобами механізації та майном необхідним для зберігання та підготовки до відправлення медичного майна.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ РАН БАКТЕРИЦИДНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

А.М. Соломенний, А.В. Луцька, О.В. Голюк
Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність: Проблема лікування опікових інфекцій є актуальною проблемою у Збройних Силах України. Опікове ураження належить до найбільш поширених та найтяжчих захворювань у військовослужбовців, поступаючись лише травматизму. Після порушення шкіри збільшується ризик інфікування, що може призвести до колонізації або зараження тканин, які пролягають нижче, оскільки більшість ран забезпечують сприятливі умови для розвитку аеробних і анаеробних бактерій.

Основними завданнями в лікуванні військовослужбовців з опіковою хворобою є збереження життя, подолання опікового шоку та відновлення цілісності шкіри. Для лікування опікових ран методом вибору є пов'язочний спосіб. Ранові пов'язки, як правило, використовують для стимуляції різних стадій загоєння ран. Бажано, щоб пов'язка мала такі властивості: а) створювала й підтримувала вологе середовище; б) захищала рану від вторинних інфекцій; в) поглинала ранові рідини й ексудати; г) зменшувала некроз поверхні рани; д) запобігала висиханню рани; е) стимулювала фактори росту, а також була еластичною, неантигенною й біосумісною. Тому, вивчення визначених факторів є досить актуальним на сьогоднішній день.

Мета і завдання. Виявити ефективність лікування бактерицидними лікарськими засобами при опіковому ураженню шкіри, які сприятимуть лікуванню військовослужбовців.

Результати дослідження та їх обговорення. Значні успіхи в скороченні частоти виникнення ранового опікового сепсису були досягнуті саме завдяки використанню сучасних антимікробних препаратів для місцевого лікування ран.

Кожна лікарська форма (мазі, розчини, присипки) має свої показання до застосування. При вирішенні цього питання враховується не тільки чутливість мікрофлори до антимікробного препарату, а й характер маzewої основи. Мазі на жировій основі (фурацилінова, мазь Вишневського) не мають осмотичної активності, не здатні дренувати рану, а навпаки, створюють так званий «парниковий ефект». Накладення пов'язок із мазями на жировій основі показані в запально-регенераторній і регенераторній фазах перебігу ранового процесу, коли немає рясного гнійного секрету й необхідно захистити епітелізуючу або гранулюючу поверхню рани. Виняток становлять опіки кистей, коли «парниковий ефект» необхідний для збереження й захисту від висихання тканин паранекротичної зони та близько розташованих рухомих структур пальців і тилу кисті. Цей «парниковий ефект» можна підкріпити накладанням на пов'язку целофанового пакету. Помилковим є накладання пов'язок на жировій основі в

дегенеративній, дегенеративно-запальній і запальній фазах перебігу при рясному рановому виділенні. Це призводить до порушення відтоку, викликає посилення всіх ознак інтоксикації, погіршує загальний військовослужбовця.

На даний час широкого поширення набули мазі на поліетиленгліколевій (ПЕГ) основі, яка має високу осмотичну активність, добре вивільняє антибактеріальні препарати, адсорбує мікробні й тканинні токсини, які не присихають до рани. Мазі на основі ПЕГ вигідно застосовувати за наявності залишків некротичних тканин й рясного ранового виділення, тобто в дегенеративній, дегенеративно-запальній, запальній і навіть запально-регенераторній фазах перебігу ранового процесу. До них належать мазь «Левосин», яка забезпечує різнобічний вплив на рановий процес, ефективні також діоксидинова й хінозолонова мазі.

Мазі на емульсійній основі (лініменти синтоміцину та стрептоциду, креми дермазин, фламазин та ін.) містять значну кількість води й не мають сорбційної здатності. Їх доцільно застосовувати при опіках II ступеня у всіх фазах перебігу ранового процесу, при опіках IIIа ступеня – у регенераторній фазі.

До недоліків закритого (пов'язкового) методу належать трудомісткість і болючість перев'язок, велика витрата перев'язувального матеріалу.

Висновок. Таким чином, потреба в лікарських засобах для місцевого лікування ран на сьогодні в ЗСУ задовольняється не в повній мірі, оскільки багато препаратів, що випускаються фармацевтичними підприємствами мають вузький спектр фармакологічної дії. Такий стан потребує розробки нових препаратів з відповідним спектром фармакологічної дії, з метою підвищення ефективності місцевої фармакотерапії.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПОРЯДКУ АКРЕДИТАЦІЇ ТА ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВІЙСЬКОВИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЩОДО РОБОТИ З НАРКОТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ, ПСИХОТРОПНИМИ РЕЧОВИНАМИ ТА ПРЕКУРСОРАМИ

А.М. Соломенний, С.М. Панченко, Г.Б. Семенченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. В Україні господарська діяльність, що пов'язана з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів підлягає обов'язковому ліцензуванню. Ліцензію на даний вид діяльності видає і переоформлює Державна лікарська служба з контролю за наркотиками, що і є органом ліцензування. Процедура отримання такої ліцензії відрізняється від отримання ліцензії на медичну практику як за вимогами до керівництва медичного закладу, так і до його співробітників. Це вимагає значно більшої кількості документів, узгодження та часу. Процес удосконалення державного контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів проходить досить повільно і неефективно. До того ж спостерігається стійка тенденція до прискореного збільшення загальної кількості нормативно-правових

актів, прийнятих у системах законодавчої та виконавчої влади, у результаті чого виникають певні недоліки і невідповідності й у сфері контролю. Виникає потреба унормування системи законодавства, що регламентує здійснення такого державного контролю. Тому дослідження напрямів ліцензування та акредитації військових медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами, розробка методичних рекомендацій щодо даного виду діяльності є актуальними та своєчасними.

Мета дослідження. Метою дослідження є розробка методичних рекомендацій і аналіз змін у нормативно-правовому регулюванні ліцензування та акредитації військово-медичних закладів, діяльність яких пов'язана з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Відповідно до поставленої мети, сформовані завдання:

провести аналіз особливостей ліцензування і порядку акредитації військово-медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами;

провести аналіз порядку одержання ліцензії на діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

проаналізувати специфіку контролю за дотриманням ліцензійних умов і визначити відповідальність суб'єктів діяльності у сфері ліцензування і акредитації.

розробити методичні рекомендації щодо порядку акредитації та ліцензування військово-медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами.

Об'єкт дослідження: нормативно-правові акти щодо порядку акредитації і ліцензування військово-медичних закладів, діяльність яких пов'язана з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Методи дослідження. Дослідження проведено за допомогою системно-оглядового методу, контент-аналізу, методу аналізу і синтезу, системного та процесного підходів.

Отримані результати. На сьогоднішній день ліцензування та акредитація військових медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами достатньо відрегульовані на нормативно-правовому рівні (в даній сфері діє більше 70 актів). В процесі проведення дослідження нами вивчені напрямки удосконалення законодавства державного контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Детально проаналізовані та обґрунтовані зміни і доповнення у законодавчих та нормативно-правових актах, що регулюють даний вид діяльності.

Акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Перше проходження акредитації проводиться через два роки від початку провадження діяльності, що підтверджується ліцензією. На основі Стандартів проводиться експертиза відповідності закладу

встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів по кожному пункту/підпункту, що здійснюється за бальним принципом.

При проведенні досліджень нами використано дані щодо порядку ліцензування та акредитації військово-медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами. Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові акти. Незважаючи на велику кількість нормативних актів, які тим чи іншим чином регламентують цей вид діяльності та порядок її акредитації та ліцензування, основними є: Закони України: Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними, Про ліцензування видів господарської діяльності, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Про лікарські засоби; Постанови Кабінету Міністрів України: Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я, Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці і переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та рядом інших нормативно-правових актів.

В ході дослідження системи акредитації та ліцензування військових медичних закладів щодо роботи з наркотичними засобами, психотропними речовинами та прекурсорами були розроблені методичні рекомендації.

Висновок. При виконанні даного дослідження розроблені методичні рекомендації з питань організації та процедури проведення акредитації і ліцензування військових медичних закладів щодо роботи з наркотичними препаратами, психотропними речовинами і прекурсорами.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

В.В. Осьодло, В.О. Тарасенко, В.А. Репін

Українська військово-медична академія, м. Київ

Удосконалення медикаментозного забезпечення військовослужбовців (МЗВ) відповідно до реальних потреб лікувально-діагностичного процесу та з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної та фармацевтичної науки і практики залишається значною соціальною, економічною та медичною проблемою. Фармакоеконімічні дослідження становлять невід'ємну частину процесу курації пацієнтів і повинні забезпечити раціональне використання фінансових ресурсів для досягнення максимальної ефективності терапії в поєднанні з якістю надання медичної допомоги. У період реформування Збройних Сил України (ЗСУ) та медичного забезпечення військовослужбовців фармакоеконімічні дослідження є актуальними.

Хвороби органів травлення (ХОТ) посідають третє місце у структурі захворюваності військовослужбовців, друге – у структурі показників госпіталізації,

перше – у структурі звернень до лікарів загальної практики. Провідне місце серед ХОТ займають кислотозалежні захворювання (КЗЗ) із переважанням гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), хронічного гастриту (ХГ) та пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВДК), які вимагають значних витрат на лікування, призводячи до зниження якості життя (ЯЖ) пацієнтів та формування ускладнень при неадекватній терапії. Ця проблема актуальна для ЗСУ, бо КЗЗ домінують в структурі гастроентерологічної патології та характеризуються агресивним перебігом під час активізації бойових дій.

Метою повідомлення стало наведення результатів огляду літератури щодо поширеності, частоти, структури та особливостей клінічного перебігу кислотозалежних захворювань у військовослужбовців під час проведення бойових дій на Сході України із включенням препаратів вітчизняного виробника.

Зниження ефективності ерадикації *H. pylori* у військовослужбовців диктують необхідність переходу з потрійної схеми антигелікобактерної терапії на вісмутвмістку та послідовну схеми. Означено актуальність проведення фармакоеконічного аналізу схем кислотосупресивної і антигелікобактерної терапії при кислотозалежних захворюваннях у військовослужбовців, що сприятиме оптимізації матеріальних і часових ресурсів при лікуванні кислотозалежної патології.

З метою деталізації структури та особливостей клінічного перебігу КЗЗ у військовослужбовців проаналізовано дані 1 376 гастроентерологічних хворих, які проходили стаціонарне лікування. Встановлено, що КЗЗ зустрічалися у 1 128 випадків, що склало 81,97%. У структурі кислотозалежної патології перше рангове місце належало ПВДК – 39%, друге місце – гастриту і дуоденіту (33,87%), третє місце – ГЕРХ (16,22%). Рідше зустрічалися пептична виразка шлунка (7,27%) і функціональна диспепсія (2,22%).

Серед основних нозологій, що формують поширеність та захворюваність хвороб органів травлення в Україні, перше місце займає гастрит і дуоденіт (23,7%). У структурі кислотозалежної патології у військовослужбовців гастриту й дуоденіту належить друге місце (33,87%). Проте вивчення особливостей клінічного перебігу та лікування хронічного гастриту у військовослужбовців в доступній літературі обмежені. Потребують фармакоеконічного аналізу (ФЕА) схеми ерадикації НР-інфекції при хронічному гастриті.

Отже, в ЗСУ спостерігається широка розповсюдженість кислотозалежних захворювань, асоційованих з високою інтенсивністю шлункової кислотопродукції та НР-інфекцією. КЗЗ домінують в структурі захворювань органів травлення у військовослужбовців, характерним є їх агресивніший клінічний перебіг в учасників антитерористичної операції та операції об'єднаних сил (АТО/ООС). Найчастішими нозологічними формами виступають пептична виразка (ПВ), ХГ та ГЕРХ, що обґрунтовує вибір фармакоеконічного дослідження МЗВ при цих захворюваннях.

У ЗСУ фармакоеконічні дослідження щодо вибору оптимальних лікувальних стратегій для лікування КЗЗ у військовослужбовців проводилися

обмежено (Притула Р.Л., 2005; Осьодло Г.В., 2013), а результати зарубіжних даних по ефективності кислотосупресивної терапії не можуть автоматично привноситись в нашу країну у зв'язку з різним співвідношенням цін на препарати й медичні послуги в Україні й за кордоном.

Результати зарубіжних досліджень щодо клінічних та фармакоекономічних переваг ІПП неоднозначні і свідчать як на користь езомепразолу, так і на користь рабепразолу. Дослідження переваг інгібіторів протонної помпи (ІПП) при лікуванні КЗЗ дозволили зробити висновки, що в умовах сучасного фармацевтичного ринку лікувати оригінальним езомепразолом і рабепразолом не тільки ефективно, але й економічно вигідно.

Проте застосування оригінального езомепразолу та рабепразолу для медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ може виявитись високозатратним, у зв'язку з чим актуальним є ФЕА з використанням генеричних форм препаратів вітчизняного виробника.

Висновки. Кислотозалежні захворювання лідирують серед хвороб органів травлення у військовослужбовців. Антисекреторна терапія ІПП займає провідне місце в лікуванні даної патології, у зв'язку з чим набувають актуальності питання не тільки її ефективності, але й фармакоекономічної доцільності.

Дослідження поширеності, частоти і структури КЗЗ у військовослужбовців та їх лікування є актуальними під час проведення АТО/ООС на Сході України, а ФЕА традиційних і нових вітчизняних ІПП сприятиме оптимізації матеріальних і часових ресурсів при лікуванні кислотозалежної патології.

Зниження ефективності ерадикації *H. pylori* у військовослужбовців диктують необхідність переходу з потрійної схеми антигелікобактерної терапії (з рівнем ерадикації до 70%) на вісмутовмістку та послідовну схеми (з рівнем ерадикації у 90,3% та 87,1% відповідно), що потребує ФЕА доцільності їх широкого застосування.

Для оптимізації МЗВ потребують ретельного ФЕА застосування вітчизняних омепразолу і езомепразолу при різних формах ГЕРХ та в схемах антигелікобактерної терапії при пептичній виразці дванадцятипалої кишки і *H. pylori*-асоційованому хронічному гастриті.

АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА 2021–2025 РОКИ

О.П. Шматенко, Д.В. Вороненко, А.В. Маланіч

Українська військово-медична академія, м. Київ

Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України далі – Концепція) визначає перспективні напрямки та завдання фармацевтичної галузі та спрямована на створення відповідної нормативно-правової бази, що регулює фармацевтичну діяльність, розробку національної політики в фармацевтичній сфері при визначенні соціальних пріоритетів у

забезпеченні населення лікарськими засобами, для доступної та ефективної фармакоterapiї і профілактики захворювань населення. Впровадження через ліцензування та акредитацію на підприємствах і організаціях фармацевтичного сектору за міжнародними стандартами системи забезпечення якості продукції та послуг, відомих у світі під назвами належної виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистрибуторської (GDP), аптечної (GPP) практик, належної практики з фармаконагляду (GPhVP) та інших належних практик.

Регуляторно Концепцію затверджено згідно Наказу МОЗ від 13.09.2010 року № 769. Наказ мав на меті перевести всі відносини, що виникають при здійсненні фармацевтичної діяльності, у чіткий та контрольований характер, який значною мірою може бути досягнутий в рамках переведення цих відносин в систему господарсько-правового регулювання, у сферу дії господарсько-правових засобів державного регулювання з врахуванням реально функціонуючих господарських відносин та соціальної специфіки їх реалізації.

Ключові завдання Концепції спрямовані на визначення стратегії діяльності фармацевтичного сектору, який має забезпечувати належний рівень якості та ефективності фармакоterapiї, сприяти підвищенню здоров'я, збільшенню тривалості і якості життя усього населення України.

Ці завдання здійснюються у напрямках забезпечення доступності, ефективності, безпечності, якості лікарських засобів та нагляду за їх безпекою.

Пріоритетними напрямками та програмними завданнями щодо реалізації Концепції є оптимізація системи управління фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я шляхом прийняття нової редакції Закону України «Про лікарські засоби» та прийняття Етичного кодексу фармацевтичного працівника.

Також важливим є постійний перегляд законодавчих та інших нормативно-правових актів з питань, що впливають з цієї Концепції, зокрема щодо вимог до виробництва, системи реалізації, реєстрації, контролю якості та контролю за рекламуванням і просуванням лікарських засобів, оновлення Національного переліку основних лікарських засобів та Державного формуляра за міжнародними непатентованими назвами з урахуванням дози активної речовини, лікарської форми та пакування відповідно до рекомендацій ВООЗ та належних практик.

Проект нової Концепції вперше було розглянуто на засіданні Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування ще у 2019 році, але документ у вигляді Наказу дотепер не затверджений.

Перспективними напрямками, визначеними новою Концепцією, мали бути: створення нормативно-правової бази, що регулює фармацевтичну діяльність;

розробка Національної політики з фармацевтичної діяльності;

врегулювання питання обігу лікарських засобів;

врегулювання взаємовідносин у галузі;

належна аптечна практика;
 фізична й економічна доступність ліків та збільшення державного забезпечення потреби громадян у ліках;
 врегулювання інтернет-торгівлі;
 зменшення самолікування;
 врегулювання реклами лікарських засобів
 інші завдання.

Висновки. Прийняття нової редакції Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України є життєво необхідним кроком для належного функціонування фармацевтичної галузі, від якого залежать такі фундаментальні чинники, як регулювання якістю лікарських засобів, контроль за безпекою лікарських засобів, контроль за дотриманням належних практик у аптечних закладах та на фармацевтичних підприємствах. Вплив зовнішніх та внутрішніх економічних факторів на діяльність фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на теперішній час є досить суттєвим, тому відсутність належної регуляторної бази негативно впливає на діяльність як регуляторних органів, так і суб'єктів господарювання.

ОБҐРУНТУВАННЯ ПЛАНУВАННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

О.П. Шматенко, А.М. Соломенний, Н.О. Тахтаулова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Особливе місце в діяльності підприємства займають процеси планування, що є однією з основних функцій управління і представляють процес визначення цілей створення організації, а також шляхів їхнього досягнення. Планування діяльності формує основу для всіх управлінських рішень.

У сучасних ринкових умовах планування діяльності підприємства дозволяє визначити перспективні напрямки розвитку організації, пов'язати в єдину систему фінансову, виробничу, маркетингову, діяльність, а також максимально ефективно сконцентрувати зусилля для досягнення поставлених цілей; знизити ризики в умовах складності і невизначеності навколишнього середовища. Планування служить початком будь-якої цілеспрямованої діяльності людини.

В умовах жорсткої конкуренції підприємство повинно знати про свої слабкі і сильні сторони та використовувати свій потенціал в плануванні діяльності організації з тим, щоб невикористана можливість не стала для неї загрозою, у разі якщо її використовує конкурент.

Мета та завдання. Метою роботи стало вивчення стану системи планування в фармацевтичних організаціях. Для досягнення поставленої мети визначені завдання: вивчити і проаналізувати дані наукової літератури про стан сучасної системи планування в організаціях; провести маркетингові дослідження,

вивчити і проаналізувати на вітчизняних фармацевтичних підприємствах; дослідити процеси стратегічного та оперативного планування; розробити рекомендації щодо вдосконалення планування в фармацевтичних організаціях.

Об'єкт дослідження: процес планування діяльності фармацевтичних підприємств.

Предмет дослідження: методологічні підходи щодо організації роботи та системи забезпечення планування діяльності фармацевтичних підприємств.

Методи дослідження: При проведенні дослідження використовували методи: документальний, бібліографічний, графічний, інтерв'ювання й анкетування.

Отримані результати. *Результати вивчення стану стратегічного планування на вітчизняних фармацевтичних підприємствах:* позитивна тенденція бізнесу спостерігається у 38% опитаних організацій, погіршення показників – у 3% респондентів, у всіх інших стан бізнесу – стабільне; стратегічне планування в своїй діяльності використовують 39% опитаних; 54% організацій дотримуються стратегії обмеженого зростання (стабілізації), 46% – стратегії зростання; серед факторів, які мають найбільший вплив на діяльність організації, респонденти виділили – потреби споживача, конкурентів, рівень платоспроможності населення, рівень стабільності в державі, постачальників і кон'юнктура ринку; прибуток, якість послуг, асортимент товару, підвищення конкурентоспроможності та стимулювання збуту – це ті пріоритетні сфери діяльності організації в яких визначають цілі; на період 3–5 років встановлюють цілі 21% організацій, 39% респондентів ставлять цілі на 1–3 роки, 42% – до 1-го року і 15% – до 1-го місяця; бізнес-план мають 55% організацій. Основне завдання, для якої розроблявся бізнес-план – оцінити потенційні технічні, ресурсні та фінансові можливості підприємства (60%), а також для того, щоб вибрати форми, напрямки та способи здійснення комерційних операцій організацією при нових ринкових умовах роботи (30%). В продовження стратегічного плану, бізнес-план розробляють лише 21% організацій; важливість стратегічного планування оцінена в 7,6 балів – це 4-е місце після складання бюджету, фінансового і оперативного планування.

Результати вивчення стану оперативного планування на вітчизняних фармацевтичних підприємствах: оперативне планування у своїй діяльності використовують – 52% респондентів; в чіткому письмовому вигляді формулюють плани – 27%, рівно стільки ж їх не формулюють, всі інші роблять це частково; організаційний план управлінської діяльності є у 40% організацій, інші такого плану не мають; серед показників фінансово-економічної діяльності найбільш часто планованими є прибуток і товарні запаси – їх планують 84% організацій, товарообіг – 81%, рентабельність – 75%; результати проведеного дослідження показали, найважливішим видом планування на підприємстві є – складання бюджету. Майже всі опитані фармацевтичні організації (94%) складають план витрат і доходів на поточний період. Майже половина беруть участь в опитуванні організацій – 48% – складають бюджет на рік,

24% – на квартал, а на місяць, як рекомендують фахівці, складають бюджет – 30% організацій.

Результати вивчення стану планування роботи з персоналом на вітчизняних фармацевтичних підприємствах: стан штату в основному стабільний (73%), 24% організацій розширюють свій штат, і лише у 3% організацій – плінність кадрів; проведене опитування показало, що потреби, і добробут співробітників знаходяться у 10-му ранзі, необхідність планування в цій сфері діяльності організації була оцінена в 6 балів за десятибальною шкалою; 75% організацій планує навчання своїх співробітників, підвищення оплати з ростом обсягу продажів – 69%, методи стимулювання і мотивації персоналу – 51%, пільги для персоналу – 42% опитаних організацій.

Результати вивчення стану системи контролю на вітчизняних фармацевтичних підприємствах: в ході проведеного дослідження було встановлено, що 54% опитаних використовують попередній контроль, 87% – поточний контроль і 57% – підсумковий; підсумки роботи і по виконанню цілей і по фінансово-економічними показниками переважно підводяться 1 раз на місяць.

Результати вивчення питань самоменеджменту на вітчизняних фармацевтичних підприємствах: тільки половина опитаних керівників складають графіки запланованих заходів; лише 46% керівників аналізують витрати свого робочого часу, 7% не роблять цього взагалі, а 37% аналізують витрати свого робочого часу від випадку до випадку; розподіляють справи за ступенем важливості при плануванні заходів протягом дня – 69% керівників, 21% опитаних роблять це іноді, а 10% не роблять цього взагалі.

Висновки. Проведене дослідження дало змогу отримати результати: вивчити стан стратегічного планування на вітчизняних фармацевтичних підприємствах; вивчити стан оперативного планування на вітчизняних фармацевтичних підприємствах; вивчити стан планування роботи з персоналом на вітчизняних фармацевтичних підприємствах; вивчити стан ану системи контролю на вітчизняних фармацевтичних підприємствах. На основі вищевикладеного розроблені рекомендації щодо вдосконалення планування в фармацевтичних організаціях.

АНАЛІЗ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ

С.І. Скуратівська, Г.Р. Ламазян, В.В. Єременко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) стверджує, що серед ендокринних порушень, захворювання щитоподібної залози займають друге місце після цукрового діабету. Окреме місце поміж цих захворювань посідає гіпотиреоз, який, у разі відсутності належного лікування, призводить до зміни в роботі ендокринної системи і організму в цілому, може стати причиною тимчасової або стійкої непрацездатності, зниження якості життя людини

на тлі сучасної дороговартісної фармакотерапії. В умовах сьогодення для лікування даної категорії хворих використовується ряд лікарських засобів (ЛЗ), але сучасні дослідження, здійснені на принципах доказової медицини підтверджують, що для належної підтримки функціонування щитоподібної залози при гіпотиреозі доцільно застосовувати ряд ЛЗ, що не внесені до формулярного переліку. Тому для подальшого удосконалення фармацевтичної допомоги пацієнтам з гіпотиреозом постає питання вибору методів дослідження щодо ефективного забезпечення ЛЗ таких хворих.

Мета. Встановити методи дослідження, використання яких доречно для проведення вивчення проблем медикаментозного забезпечення пацієнтів з гіпотиреозом.

Методика дослідження. Використані методи дослідження логічний, інформаційно-аналітичний, системного аналізу.

Результати дослідження. При проведенні дослідження медикаментозного забезпечення пацієнтів з гіпотиреозом були використані наступні методи дослідження: системно-оглядовий, бібліографічний, документальний, маркетинговий, фармакоеконімічного аналізу, мета-аналізу, експертних оцінок, статистичний, порівняльний, описового моделювання.

За допомогою системно-оглядового та бібліографічного методів проведені дослідження сучасної номенклатури ЛЗ для лікування хворих з гіпотиреозом.

Документальний аналіз – один з результативних методів, що застосовується для збору та аналізу первинних джерел інформації фармакотерапії гіпотиреозу.

Маркетинговий аналіз проводиться для встановлення стану та розвитку ринку основних груп ЛЗ в Україні, розрахунку коефіцієнту цін, визначення цінових коридорів, розміщення на українському ринку окремих країн та фірм-виробників, обґрунтування пропозицій, щодо необхідності розширення асортименту препаратів вітчизняного виробника.

Фармакоеконімічний аналіз використовується для визначення ЛЗ, що мають найкращі терапевтичні та економічні показники. У цьому разі застосовувалися такі види фармакоеконімічного аналізу:

метод «мінімізації вартості» (cost minimization analysis),

метод «вартість -ефективність» (cost-effectiveness analysis).

Аналіз «мінімізації вартості» дозволяє визначити мінімальні витрати на реалізацію одного із декількох методів лікування, при їх однаковій клінічній ефективності, також врахувати всі види витрат та встановити їх вартість, фармакоеконімічно оцінити генеричні ЛЗ.

Аналіз «вартість-ефективність» – один з найбільш вживаних методів фармакоеконімічних досліджень і передбачає зіставлення вартості (у грошовому вираженні) і ефективності (клінічні ефекти відповідного рівня вірогідності – прямі та опосередковані) лікувальних заходів. Метод дозволяє визначити не найдешевший, а оптимальний по вартості та ефективності метод лікування даного захворювання. При виконанні аналізу «вартість-ефективність»,

розраховується коефіцієнт «витрати–ефективність» щодо кожного методу лікування, тобто витрати на одну одиницю ефективності. Метод лікування, який на одиницю ефективності потребує менше витрат, тобто має менше значення коефіцієнта «вартість-ефективність» і вважається найбільш доцільним. Але на практиці визначається не найдешевий метод лікування, а такий, що є оптимальним за витратністю та клінічною ефективністю і схвалений всіма користувачами.

Мета-аналіз використовувався для встановлення ефективності ЛЗ та оцінки вітчизняних фармакоепідеміологічних досліджень згідно з даними наукової літератури.

Метод експертного оцінювання та статистичний метод використаний для вивчення структури та ефективності ЛЗ.

Порівняльний метод дослідження дає можливість встановити логічні висновки, на базі зібраних даних.

Для визначення і порівняння загальних витрат, необхідних для реалізації окремої медичної технології проводиться метод описового моделювання.

Висновки. Внаслідок проведеного аналізу визначені методи, які раціонально застосовувати при дослідженні медикаментозного забезпечення пацієнтів з гіпотиреозом: системно-оглядовий, бібліографічний, документальний, маркетинговий, фармакоекономічного аналізу, мета-аналізу, експертних оцінок, статистичний, порівняльний, описового моделювання.

СИНДРОМ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Н.В. Гончаренко, Ю.О. Жеребцова, С.Ю. Адаменко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Проблема професійного вигорання особистості була предметом численних психологічних досліджень. Експериментальні та теоретичні дослідження поведінки фахівців соціономічних професій свідчать про їх схильність до професійних деформацій. Однією з передумов розвитку професійних деформацій особистості останніх є «професійне вигорання» або «синдром емоційного вигорання». В останні два десятиліття інтерес дослідників привертає специфічний вид професійного захворювання осіб, що працюють з людьми, в тому ж числі – медичних та фармацевтичних працівників.

Мета: сформулювати основні ознаки та причини виникнення синдрому «професійного вигорання» у фармацевтичних працівників з метою оптимізації їх психологічного здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували науково-інформаційні джерела, література, інтернет-ресурс за темою дослідження.

Результати та обговорення. На сьогодні емоційне вигорання розуміють як механізм психологічного захисту, вироблений особистістю у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі

дії. Емоційне вигорання є придбаною професійною поведінкою, що дозволяє людині економно дозувати і витрачати енергетичні і емоційні ресурси. Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011).

Отже, професійне вигорання виникає під впливом цілком певних зовнішніх чинників, що, як зазначає В.В. Бойко, пов'язані з особливостями професійної діяльності: хронічно напружена психоемоційна діяльність, «важкий» контингент, з яким доводиться спілкуватися; дестабілізуюча організація, важкі умови праці; підвищена відповідальність за виконувані функції і операції, підвищена вимогливість керівництва; несприятливий психологічний клімат в колективі та внутрішніх, пов'язаних з індивідуальними особливостями людини.

Фармацевтичні працівники є особливою категорією спеціалістів, що мають високий ризик набуття емоційного вигорання через специфіку своєї професійної діяльності. Спілкування з хворими людьми, загострення почуття відповідальності, вплив стресових чинників – усе це нерідко призводить до виникнення так званого синдрому «емоційного вигорання», який негативно впливає не лише на працездатність, але і на здоров'я людини загалом.

Висновки. Проведений аналіз теоретичних і емпіричних досліджень із проблеми емоційного вигорання дає змогу виявити деякі стабільні моменти в його розумінні. Емоційне вигорання визначається як професійний феномен, розглядається як стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що проявляється, насамперед, у професіях соціальної сфери. Цей синдром включає в себе три основні складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинізм) і редукацію професійних досягнень. Кожна з яких може бути представлена комплексом підходів: поведінкових, когнітивних, мотиваційних, емоційних і соматичних. Формується цей феномен під впливом комплексу зовнішніх і внутрішніх чинників. За результатами дослідження серед чинників, що викликають «емоційне вигорання»: недостатня фахова компетентність, стурбованість щодо можливої втрати роботи, високе емоційне навантаження, пов'язане з виконанням професійних обов'язків, конфлікти з відвідувачами аптечного закладу тощо.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАН

О.Ф. Кучмістова, В.О. Тарасенко, О.М. Рикова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Комплексне лікування ран, проведення якого вважається фахівцями найбільш раціональним, включає як місцеві, так і загальнотерапевтичні заходи. Тактично лікування ран проводиться одночасно місцевими і загальними заходами або ж місцевими заходами на тлі загальної терапії. Серед найважливіших засад місцевого багатокомпонентного патогенетичного лікування інфікованих ран основними, за даними проведеного скринінг-аналізу, є застосування лікарських засобів (ЛЗ) відповідно до певної фази ранового процесу (РП). Своєчасне призначення відповідних ЛЗ, їх здатність пригнічувати та попереджати реінфікування ранової поверхні, дозволяє швидко зупини гострий гнійний процес, скоротити строки до завершального етапу хірургічного лікування ран та значно зменшити терміни перебування хворого в стаціонарі. Акцентуємо увагу на тому, що на сьогодні не існує засобів і методів, які були б однаково ефективні в усі фази РП, оскільки принципово різняться завдання, що пред'являються до препаратів у фазі запалення і репарації. Місцеве застосування того або іншого медикаментозного засобу повинне враховувати й індивідуальні особливості у конкретного пацієнта.

Мета дослідження: проаналізувати можливі види лікарських форм (ЛФ) як дисперсні системи для місцевого лікування поранених, визначити переважні позиції. Представлено фрагмент ґрунтового дослідження сучасних підходів до фармакотерапії РП.

Фахівці відмічають поступове розширення спектру як засобів впливу на РП, так і відповідного асортименту ЛФ. Усі складні ЛФ по суті утвореної структури є різноманітними фізико-хімічними або дисперсними системами. Це комплекс (гетерогенна система), що складається з безперервного рідкого, твердого або газоподібного дисперсійного середовища, у якому розподілена велика кількість малих частинок однієї або декількох речовин і дисперсної фази. Тобто розподілена речовина становить дисперсну фазу системи, а носій – безперервне дисперсійне середовище. Йде мова про різноманіття дисперсійних систем, які застосовуються при наданні допомоги пораненому. Долучення дисперсології дозволяє визначити раціональну технологію для кожної ЛФ на основі знань про її структуру та особливості.

Важко знайти інший розділ медицини, де б застосовували таку кількість різноманітних препаратів як при місцевому лікуванні ран. Таблиця 1 містить типові приклади ЛЗ для лікування РП, що представлені різними фармако-терапевтичними групами та ЛФ із різним механізмом дії.

Цікавими є відомості стосовно створення піни для лікування ран на полі бою, що є предметом дослідження фахівців медичної школи штату Пенсільванія (США). Вчені мають намір створити піну, яка відразу ж буде приймати

форму гелю, потрапляючи на уражені ділянки людського тіла, а хітозан в складі медичної субстанції – активізувати згортання крові. Вважається, що при успішному результаті розробка може бути використана у загальносвіттовому масштабі в якості основного засобу по наданню першої допомоги. Обробка ран цією піною допоможе запобігти крововтраті при транспортуванні пацієнтів в госпіталь.

Таблиця

Приклади засобів для місцевого лікування ран, представлених у різних лікарських формах

Назва фармако-терапевтичної групи, код	Назва препарату, вид ЛФ, фірма-виробник
Протимікробні засоби (J01FA10)	ARGEDIN. Крем для зовнішнього застосування. Виробник: Vosnalijek (Республіка Боснія-Герцеговина)
Антибіотики в комбінації з хіміотерапевтичними препаратами (D06C)	GENTAXAN. Порошок для нашкірного застосування. Виробник: ТОВ «Фармацевтична компанія «ФарКоС» (Україна)
Антибактеріальні засоби (J01X X)	DIOXIZOL®-DARNITSA. Розчин. Виробник: ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (Україна)
Препарати для лікування ран та виразкових уражень (D03A X)	PANTHENOL SPRAY. Піна нашкірна. Виробник: Др. Герхард Манн, Хем.фарм. Фабрик ГмбХ (Німеччина)
	OLASOL®. Аерозоль. Виробник: АТ «Стома» (Україна)
	UNGUENTUM THIOTRIAZOLINI. Мазь. Виробник: ПАТ «Хімфармзавод «Червона зірка» (Україна)
	CONTRACTUBEX®. Гель для зовнішнього застосування. Пластир нічний інтенсивний. Виробник: ПАТ «ВІТАМІНИ» (Україна)
	ВІНІЛІН ® (БАЛЬЗАМ ШОСТАКОВСЬКОГО). Виробник: ПАТ «ВІТАМІНИ» (Україна)
Антибактеріальні засоби для системного застосування. Сульфаніламід короткої дії (J01E B06)	STREPTOCIDE. Таблетки. Виробник: АТ «Лубнифарм», (Україна)
Засоби впливу на процеси обміну у тканинах. Стимулятори імунної системи. Біогенні стимулятори» (L03)	SOLCOSERYL JELLY Желе для зовнішнього застосування. Виробник: Legacy Pharmaceuticals Switzerland (Швейцарія)
	LIASTENUM ®. Порошок для приготування ін'єкційного розчину. Виробник: ДП «Ензим», (Україна)

Стоматологічні засоби. Інші засоби для місцевого застосування у стоматології (A01A D11)	(SOLCOSERYL® DENTAL ADHESIVE PASTE). Паста опомукозна. Виробник: Legacy Pharmaceuticals Switzerland (Швейцарія)
---	---

У теперішній час лікування ран, переважно гнійних, проводиться за допомогою цілої низки нових ЛЗ: електрохімічно активовані розчини, розчини іонів срібла, об'ємно-заряджена активована вода, озоновані розчини, розчини аноліту і католіту, фетальні фібробласти, кріоконсервовані фібробласти, альвеолярні макрофаги, бактеріофаги тощо.

Висновок. На світовому фармацевтичному ринку представлені засоби для місцевого лікування поранених практично у більшості існуючих ЛФ. Переважно це ЛЗ для зовнішнього застосування, що дозволяє максимально забезпечити концентрацію фармацевтичних речовин у вогнищі запалення і є найбезпечнішим, оскільки дає можливість, за необхідності, легко змінити дозу. Правило застосування ЛЗ відповідно до певної стадії загоювання рани не поширюється на фіто- та апіпрепарати, які можливо використовувати впродовж усього терміну лікування.

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕДУР ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДЕРЖАВНІ КОШТИ

В.В. Руденко, А.М. Соломенний, Р.І. Олійник

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність: Забезпечення правових та економічних засад здійснення усіх видів закупівель лікарських засобів та медичних виробів за державні кошти та їх раціонального використання, виконання вимог законодавства України у сфері державних закупівель – одне з найважливіших завдань медичних закладів та установ. Основні проблеми, з якими стикаються медичні установи при придбанні медичного майна за державні кошти – це недостатність фінансування та відсутність у нормативних документах чіткої методології проведення процедур закупівель. Отже, проведення державних закупівель є однією з пріоритетних проблем і її правильне розуміння дозволить раціоналізувати витрати матеріальних ресурсів і час на підготовку співробітників, які займаються цими питаннями.

Мета та завдання. Метою моєї магістерської роботи став аналіз нормативно-правової бази і дослідження основних етапів проведення державних закупівель лікарських засобів і медичних виробів для бюджетних лікувально-профілактичних (ЛПЗ), а також створення чітких алгоритмів процедур придбання медичного майна за державні кошти. Для досягнення поставленої

мети визначені наступні завдання: вивчити сучасний стан нормативно-правової бази організації системи державних закупівель лікарських засобів; визначити можливості застосування процедур закупівлі в умовах ЛПЗ; проаналізувати процедури проведення державних закупівель медикаментів; розробити алгоритми процедур проведення публічних закупівель; розробити алгоритми та схеми-процедури проведення публічних закупівель; розробити підходи до здійснення закупівель лікарських засобів та медичних виробів.

Об'єкт дослідження: закупівля лікарських засобів за державні кошти.

Предмет дослідження: оптимізація процедур закупівлі лікарських засобів за державні кошти.

Методи дослідження: При проведенні дослідження використовували методи: історичний, бібліографічний, системно-оглядовий, документальний та графічний методи.

Отримані результати. Забезпечення прозорих та обґрунтованих закупівель лікарських препаратів має важливе соціальне та економічне спрямування, адже від якості проведення даної процедури безпосередньо залежить ефективність, своєчасність та повнота надання медичної допомоги. В умовах України, де основу системи охорони здоров'я складає бюджетне фінансування за рахунок видатків з державного та місцевого бюджетів, оптимальне використання виділених бюджетних коштів на забезпечення якісного функціонування лікувальних закладів вважається одним із пріоритетів діяльності системи медичного менеджменту. У державі розроблена і впроваджується велика кількість законодавчих актів, спрямованих на забезпечення раціонального використання бюджетних коштів у різних секторах економіки.

В ході дослідження проведено аналіз основних підготовчих заходів до проведення закупівель та визначені можливості застосування процедур закупівель в умовах повсякденної діяльності лікувальних установ в системі охорони здоров'я, визначені можливості застосування процедур закупівлі в умовах ЛПЗ.

Проаналізовані процедури проведення державних закупівель медикаментів для забезпечення ЛПЗ, визначені основні етапи проведення процедур, визначені особливості закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за державні кошти.

Здійснена розробка алгоритмів та схем-процедур проведення публічних закупівель різних видів процедур державних закупівель. Схематично та з поетапним описом обов'язкових процедур визначені дії відповідальних осіб, встановлені часові рамки, а також визначені особливості проведення процедур, які слід враховувати під час закупівлі лікарських засобів для потреб ЛПЗ.

Висновок: Проведення аналізу та узагальнення даних наукової літератури стосовно розвитку державних закупівель в Україні на різних етапах реформування та їх застосування свідчить про постійний розвиток та проведення реформування принципів державних закупівель, постійне удосконалення нормативно-правової бази в цій сфері. Розроблені в ході дослідження

підходи до здійснення закупівель лікарських засобів та медичних виробів надають можливість оптимізувати процедури закупівлі лікарських засобів за державні кошти для потреб ЛПЗ.

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ТРАНСПОРТНО-СКЛАДСЬКОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ АПТЕЧНИХ СКЛАДІВ

П.С. Сирота, А.М. Соломенний, Д.С. Вороніна
Українська військово-медична академія, м. Київ

Склад є самостійною системою з чітко визначеними задачами. Ефективність вирішення цих задач визначається раціональністю організації внутрішньоскладського процесу.

Для своєчасної обробки вантажів на фармацевтичних складах необхідне різноманітне сучасне обладнання. Проведений аналіз процесу обробки вантажів свідчить, що в залежності від призначення виділяють: технологічне обладнання, призначене для зберігання та інших складських операцій та підйомно-транспортне обладнання, яке призначене для навантаження, розвантаження, переміщення вантажів на території фармацевтичного складу, укладання вантажів, тобто автоматизації та механізації переміщення вантажів.

Як технологічне, так і підйомно-транспортне обладнання розраховано на здійснення операцій з певною кількістю вантажів. Максимальна вантажо-підйомність та місткість для обладнання встановлюються технологічними документами. Однак для всіх видів обладнання існує загальноприйнята мінімальна межа цих розмірів, з якою можуть здійснюватись складські операції.

Дослідження складського обладнання вітчизняного ринку дає нам можливість вибрати оптимальне обладнання, враховуючи його технічні характеристики та вартість.

Так, для складування фарм. продукції на піддонах, а також для складування допоміжних та спеціальних вантажів (ящики, контейнери, габаритні вантажі) рекомендовано використовувати палетні стелажі, що пропонують нам фірми «ІМВО», «Marcegaglia» та «Intercomplect». Даний вид стелажів є економічним рішенням при надходженні піддонів на склад, їх зберіганні, обробці та відвантаженні. Організація зберігання піддонів на стелажах дозволяє раціонально використовувати складські приміщення, зменшити витрати, а також організувати облік товару. Для зберігання фарм. продукції невеликих габаритів доцільно використовувати поличкові стелажі фірм «ІМВО» та «Marcegaglia», що наявні на ринку України.

Для переміщення вантажів необхідним є використання ручних гідравлічних візків, представлених фірмами «BV» (Данія), «PFAFF» (Германія), «АС» (Китай), «BF» (Китай). Фірми «PFAFF», «Yale», «Bulli», «Lema», «Otto kurtduch» пропонують нам гідравлічні візки, що обладнані гідравлічним підйомником або підйомними вилами.

Для переміщення вантажів використовуються також самохідні візки, що приводяться в дію шляхом зарядження від електродвигуна або двигуна внутрішнього згорання. Вони представлені на ринок України фірмами «PFAFF», «LOC», «Parmac Group», «Otto kurtbuch» та «OMG».

Незамінним на фармацевтичних складах механізмом для підняття, опускання вантажів та переміщення їх на невелику відстань є штабелери. Там, де складські приміщення інтенсивно використовуються по вертикалі та обмежені за площею, особливо ефективні невеликі ручні штабелери. На ринку України наявні ручні штабелери фірм «PFAFF», «Belet», «Lema», «Rocla», «Intercomplect» та «IMBO».

Найбільш виробничу потужність мають штабелери з електричним підйомом. Вони дозволяють збільшити швидкість та ефективність виконання навантажувально-розвантажувальних робіт на фарм. складах. Їх пропонують фірми «PFAFF», «Belet», «Yale», «Rocla», «IMBO», «NOBLife».

Маркетингове дослідження складського обладнання Фармацевтичного ринку України показало, що існує багато фірм-виробників складського обладнання, які пропонують нам свою продукцію та відрізняються як технічними можливостями, так і вартістю. Результати дослідження дозволяють оптимізувати роботу фарм. складів та зменшити їх затрати.

СУЧАСНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАН

А.М. Соломенний

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Лікування поранень і травм – одна з найбільш актуальних проблем в галузі медицини як цивільної так і військової. Ще до виділення медицини в окрему спеціальність для тимчасової зупинки кровотеч використовувалися різні способи і прийоми. Разом з тим важливим етапом зупинки кровотечі було застосування лікарських засобів. У фармації відносно новою лікарською формою лікарських засобів є гелі. Гелі поєднують властивості твердих речовин і рідин, а тому ефективні в застосуванні під час зупинки кровотечі та процесу лікування ран, що є досить актуальним у сучасних умовах ведення збройної протидії на сході України.

Мета дослідження. Метою роботи стало проведення аналізу наукових літературних джерел щодо лікарських засобів на гідрогелевій основі для лікування ран.

Об'єкт дослідження. Для аналізу були обрані сучасні засоби для лікування ран.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження використані бібліографічний, документальний та ретроспективний методи аналізу.

Отримані результати. Основною метою застосування сучасних пов'язок є максимальне наближення внутрішнього середовища відкритої рани

до умов, що характерні для закритих ран, стимулюючі процеси очищення та репарації ран.

Більшість сучасних перев'язувальних засобів є у формі гелю або перетворюються в гель. Первинна пов'язка знаходиться у фізичному контакті з рановою поверхнею, а вторинна – покриває первинну пов'язку. Первинна пов'язка представлена двома видами: традиційні пов'язки (вата, марля, бінти, сітка) та сучасні (гідроколоїди, альгинати, гідрогели, полупроникнені адгезивні плівки, піни, біологічні пов'язки).

Залежно від призначення пов'язки поділяються на: антисептичні (Альтекс-Ф, Альтекс-Х, Колетекс с хлоргексидином), протизапальні (із вмістом токоферолу, флаваноїдів), гемостатичні (Колетекс-гем), сорбуючі (на основі сорбентів), ферментні (для ензиматичного очищення з трипсином, колагеназою), не прилипаючи (парафінізовані), ранозагоюючи (Колетекс з прополісом).

В науковій літературі наведені дані щодо вивчення впливу хітозану, колагену у формі гелю, пов'язок, плівок на інфіковану рану. Різними авторами вивчена ефективність лікування (in vivo) інфікованих ран на фоні застосування хітозан-колагенового комплексу з діоксидином і лідокаїном. Комплексне застосування хітозану і колагену, що є основою для ранового покриття, забезпечують оптимальні умови для загоєння рани. Діоксидин і лідокаїн іммобілізовані на хітозан – колагенову основу. Хітозан стимулює процес проліферації, а колаген є матрицею для зростання нової тканини, замісної рановий дефект. В ході поглинання ранового ексудату покриття переходить в гелеподібний стан, що сприяє пролонгованому виділенню в рану іммобілізованих активних компонентів (диоксидина і лідокаїну), а також підтримує вологе середовище і захищає поверхню рани від подальшого забруднення. Встановлено, що при щоденному місцевому застосуванні ранового покриття з діоксидином і лідокаїном протягом 15 діб відсутній токсичний ефект покриття, що вивчався. Доведено, що даний комплекс (пов'язка) позитивно впливає на інфіковану рану забезпечуючи ранозагоюючий та антимікробний ефект.

Гідрогелеві пов'язки були розроблені для врегулювання обміну рідини на поверхні рани. Гідрогелеві пов'язки представляють собою полімерні матеріали, що набухли у воді, здатні підтримати тримірну структуру. Деякі гідрогелеві пов'язки мають охолоджуючий ефект, що зменшує біль. Крім зволожуючого і охолоджуючого ефекту вони служать також бар'єром для захисту рани від запалення і розмноження бактерій. Гідрогелеві пов'язки застосовують для ран: слабкі опіки (1–3 стадії); поверхневі рани; глибокі рани; променеві ушкодження шкіри; сухі і зневоднені рани; рани з невеликою кількістю ексудату; рани зі струпом і некротичними тканинами; рани з розвитком гранульованої тканини. Гідрогелеві пов'язки, утримуючи вологу в рані, допомагають захистити організм від інфекції і сприяють ефективному загоєнню. Вони не застосовуються для ран з великою кількістю ексудату (виділення рідини), але вельми корисні при інших пошкодженнях:

Гідроколідні пов'язки є одними з найбільш широко використовуваних інтерактивних пов'язок і складаються з двох шарів: внутрішнього колоїдного шару і зовнішнього водонепроникного шару. Ці пов'язки складаються з комбінації гелеутворюючих агентів (карбоксиметилцелюлоза, желатин, пектин) з іншими матеріалами, такими як еластомери та адгезиви. Гідроколіди проникні для водяної пари, але непроникні для бактерій, а також мають властивості санації і абсорбування ранового ексудату. Вони використовуються при легких і помірно ексудативних ранах, таких як пролежні, незначні опікові та травматичні рани. Ці пов'язки також рекомендуються для лікування ран у дітей, оскільки вони не викликають болю при видаленні.

Альгінатні пов'язки виготовляються з солей натрію і кальцію, що містять ланки маннуронової та гулууронової кислот. Абсорбційна спроможність досягається за рахунок утворення сильного гідрофільного гелю, який обмежує рановий ексудат і зводить до мінімуму бактеріальне забруднення. Альгінатні пов'язки підходять для помірних і важких дренажних ран і не рекомендуються для сухої рани, опікової рани третього ступеня і важких ран з оголеною кісткою. Також ці пов'язки вимагають вторинних пов'язок, тому що вони можуть зневоднювати рану, що затримує загоєння.

Висновок. Отже, характеристика ідеальної ранової пов'язки полягає в тому, що вона повинна забезпечувати або підтримувати вологе середовище; сприяти ангіогенезу і синтезу сполучної тканини; посилювати епідермальний міграцію; забезпечувати газообмін між пошкодженою тканиною і середовищем; підтримувати відповідну температуру тканини для поліпшення кровотоку до логу рани і підсилити епідермальну міграцію; забезпечити захист від бактеріальної інфекції; не прилипати до рани і легко віддалятися після загоєння. Пов'язки повинні забезпечувати видалення слизу для посилення міграції лейкоцитів і підтримки накопичення ферменту; повинні бути стерильним, нетоксичним і гіпоалергенними.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ТА РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В.О. Тарасенко, О.В. Миропольська, О.В. Бєлозьорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Важливим і необхідним є питання якісного медичного забезпечення військових формувань Збройних Сил України (ЗСУ) сучасними лікарськими засобами (ЛЗ) для місцевого лікування ранового процесу та опікової хвороби, враховуючи те, що ЛЗ, які знаходяться на оснащенні підрозділів військово-медичної служби, мають ряд недоліків, серед яких основними є недостатня репаративна активність, високий ризик мікробної контамінації та необхідність частої заміни на рановому полі.

Слід зазначити, що на процес впровадження у виробництво препаратів-генериків значний вплив має завершення в останні роки патентного захисту на велику кількість препаратів, які були лідерами за об'ємами продажу на всіх провідних фармацевтичних ринках. Але ці тенденції характерні не тільки для України, але і для інших країн Східної Європи. Реформи систем охорони здоров'я США, європейських країн, Японії та інших, які направлені на зменшення витрат на медикаментозне забезпечення пільгових категорій населення, сприяють інтенсивному росту ринку генериків у цих країнах.

У клінічній практиці військові лікарі для лікування опікової хвороби найчастіше використовують препарати закордонного виробництва комбінованої дії, а практика медикаментозного забезпечення військовослужбовців передбачає першочергове застосування ЛЗ вітчизняного виробника.

Тому структура споживання та маркетинговий аналіз ринку ЛЗ для лікування опікової хвороби та пов'язаного з ним ранового процесу, з оцінкою спроможностей вітчизняного виробника та «мінімальної вартості» при лікуванні опіків у військовослужбовців є актуальним, в той час як розширення номенклатури та впровадження у виробництво нових м'яких лікарських засобів (МЛЗ) комбінованої антимікробної та протизапальної дії, є важливою задачею військової медицини та фармації.

Мета дослідження. Узагальнити перелік ЛЗ, який може використовуватись на різних етапах лікування опікової хвороби та ранового процесу на госпітальному етапі у військовослужбовців. Провести маркетинговий аналіз ринку України таких лікарських засобів з подальшим визначенням доцільності створення мазі при лікуванні запальних захворювань шкіри та опіків.

Об'єктами досліджень стали інформаційно-пошукова система «Державний реєстр лікарських засобів України» та Компендіум. При проведенні досліджень використано загальнонаукові та системно-оглядові методи інформаційного пошуку: бібліографічний, документальний, контент аналіз, метод порівняння, системного аналізу, маркетингових досліджень.

У **результаті дослідження** асортименту ЛЗ, що сприяють загоєнню ран, представленого на фармацевтичному ринку України, встановлено, що 64% становлять ЛЗ українського виробництва, 36% – закордонного.

Проведено розподіл м'яких лікарських засобів, що зареєстровані в Україні, за фармакологічними групами та встановлено, що відсоток протимікробних та протигрибкових препаратів майже однаковий (15,8% та 15,2% відповідно). Стероїдні протизапальні засоби переважають над нестероїдними (14,9% і 11,4% відповідно). Проведені дослідження показали, що на вітчизняному ринку є досить багато препаратів іноземного виробництва, українських аналогів яким немає.

Маркетинговими дослідженнями встановлено, що більш ефективними для лікування опікової хвороби є комбіновані препарати. Вони діють одночасно в кількох напрямках й полегшують процес лікування. Серед розглянутих препаратів комбіновані препарати займають 42%, в той час як частка монопрепаратів складає 58%. Кількість синтетичних препаратів складає 88% та значно перевищує кількість фітопрепаратів (12%).

Узагальнено концепцію та методологію щодо терапії опіків та ранового процесу і зазначено, що препаратами вибору є комплексні м'які лікарські засоби. В результаті проведених маркетингових досліджень щодо структури та номенклатури м'яких лікарських засобів виявлено, що на вітчизняному фармацевтичному ринку України м'які лікарські засоби закордонного виробництва складають 36%, а вітчизняного – 64%. Встановлено, що кількість препаратів для місцевого лікування ран – близько 6% від загального асортименту м'яких лікарських засобів і представлена в основному монокомпонентними препаратами (58%).

Аналіз асортименту лікарських засобів протиопікової та антисептичної дії за лікарськими формами показав, що найбільшу долю – 67% посідають мазі, 18% – лікарські засоби у формі крему.

Висновки. Таким чином, дослідження щодо ефективності різних груп ЛЗ при лікуванні опікової хвороби на різних етапах дозволили зробити висновки, що застосування препаратів закордонного виробництва комбінованої дії для лікування опікової хвороби є економічно затратним, в той час як український фармацевтичний ринок потребує розширення номенклатури та впровадження у виробництво нових ЛЗ комбінованої антимікробної та протизапальної дії для лікування опіків та пов'язаного з ним ранової інфекції.

МОДЕРНІЗАЦІЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

О.П. Шматенко, А.С. Пивовар, М.Є. Гура

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. У Збройних Силах України (ЗСУ) функціонування ефективної системи контролю якості лікарських засобів є запорукою надання якісної медичної допомоги військовослужбовцям.

На сьогоднішній день одним з важливих завдань, що стоять перед закладами медичного постачання ЗСУ є оновлення і модернізація матеріально-технічної бази, запровадження нових сучасних методів контролю якості лікарських засобів (ЛЗ).

На сучасному етапі під час зберігання ЛЗ застосовуються методи контролю якості медичних препаратів, які вимагають значної витрати часу кваліфікованого персоналу.

Запровадження нових технічних засобів, які необхідні для виявлення неякісних і фальсифікованих ЛЗ, на медичних складах та в закладах медичного постачання ЗСУ приведе до скорочення непродуктивних витрат часу в процесі контролю якості медичних препаратів. А це, в свою чергу, дасть змогу підвищити швидкість та своєчасність виявлення неякісних і фальсифікованих ліків, а також мінімізує вірогідність постачання їх до закладів охорони здоров'я ЗСУ. Таким чином, буде забезпечений належний рівень контролю якості ЛЗ як в аптеках, так і в медичних закладах ЗСУ.

Реалізація визначеного завдання, щодо модернізації матеріально-технічної бази не можлива без використання експериментального метода науково-обґрунтованих оптимальних управлінських рішень, сучасних організаційно-економічних методів та відповідного фінансування.

Мета дослідження: обґрунтування необхідності оптимізації технологічного процесу виявлення неякісних і фальсифікованих ЛЗ.

Об'єкт дослідження : портативний романівський спектрометр TruScan RM для виявлення неякісних і фальсифікованих ліків.

Методи дослідження: бібліографічний, системно-оглядовий, інформаційно-пошуковий, системного аналізу.

Вагомими перевагами портативного аналізатора на стадії надходження препаратів є швидке виявлення фальсифікованих і неякісних ЛЗ без необхідності розкриття первинної упаковки. В основі роботи аналізатора лежить неруйнівний молекулярний хімічний аналіз методом романівської спектрометрії. Сучасне програмне забезпечення спектрометра (проведення хемометричного аналізу) надає можливість користувачу легко створювати власну надійну спектральну бібліотеку з ідентифікації та розробляти методи для кількісного аналізу.

Висновок. Отже, на основі теоретичного вивчення можливостей портативного аналізатора і ґрунтуючись на досвіді країн, що використовують новітні технології для проведення експрес-методів виявлення неякісних і фальсифікованих ЛЗ можна зробити висновок , що впровадження оновленого романівського спектрометра забезпечить належну якість ЛЗ, які необхідні для надання якісної допомоги військовослужбовцям та безпечно розповсюдження медичних препаратів до закладів охорони здоров'я ЗСУ.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

М.В. Білоус, З.Я. Галаджун, К.Ю. Сеніна

Українська військово-медична академія, м. Київ

У сучасних умовах функціонування КМС ГШ Збройних Сил (ЗС) України проблема впровадження інформаційної системи для реалізації ефективного логістичного управління потоковими процесами у медичній службі ЗС України та набуття нею функціональної сумісності з медичними службами збройних сил країн-членів НАТО є актуальною та потребує детального вивчення.

Мета роботи. Вивчення та узагальнення сучасних аспектів впровадження логістичної інформаційної системи для оптимізації управління інформаційними потоками у закладах і підрозділах медичного постачання та військово-лікувальних закладах ЗС України. Для досягнення мети дослідження було проаналізовано закордонну і вітчизняну наукову літературу та чинну нормативно-правову базу України, публічну інформацію профільних організацій, експертно-аналітичні матеріали тощо.

Методами дослідження є абстрактно-логічний, монографічний та системний аналіз.

Результати дослідження. Інформаційна логістика організовує потік інформації, що супроводжує матеріальний потік, і є тією важливою для закладів і підрозділів медичного постачання та військово-лікувальних закладів ланкою, котра пов'язує постачання і розподіл медичного майна в ЗС України. У зв'язку з цим, назріла нагальна потреба впровадження сучасної інформаційної системи (ІС) для керування процесами обліку та передачі інформації щодо постачання медичного майна закладам та підрозділам медичного постачання ЗС України. Вказана ІС повинна мати деяку сукупність інтегральних якостей та складатися зі злагоджено зв'язаних елементів.

Зокрема, інформаційні логістичні системи складаються із двох підсистем: функціональної і підсистеми забезпечення. *Функціональна підсистема* пов'язана з вирішенням функціональних завдань: управління запасами медичної техніки та майна, планування, управління транспортом тощо. У свою чергу, *підсистема забезпечення* містить такі елементи: технічне забезпечення, інформаційне забезпечення, математичне забезпечення. Логістичні ІС повинні забезпечувати всебічну інтеграцію всіх елементів управління матеріальним потоком, їх оперативну і надійну взаємодію та діляться на три групи: планові, диспозитивні (або диспетчерські), виконавчі (або оперативні). Вказані групи відрізняються як своїми функціональними, так і підсистемами забезпечення. Їх функціональні підсистеми мають відмінний склад поставлених завдань. Підсистеми забезпечення можуть відрізнитися всіма своїми елементами, тобто технічним, інформаційним і математичним забезпеченням.

Планові інформаційні системи створюються на адміністративному рівні управління і потрібні для прийняття довгострокових рішень стратегічного характеру, зокрема: створення й оптимізація окремих ланок логістичного ланцюга, загальне управління запасами медичного майна, планування логістичного забезпечення медичною технікою та майном, управління резервами та інші завдання. *Диспозитивні інформаційні системи* створюються на рівні управління окремим підрозділом (наприклад, медичним складом) і призначені для забезпечення налагодженої роботи логістичних систем. Вони необхідні для реалізації таких завдань: детальне управління запасами (місцями складування), розпорядження транспортом, відбір вантажів за замовленнями та їх комплектування, облік вантажів, що відправляються, та інші завдання. *Виконавчі інформаційні системи* створюються на рівні адміністративного або оперативного управління. У планових інформаційних системах використовується, здебільшого стандартне програмне забезпечення. У диспозитивних інформаційних системах є можливість пристосовувати стандартний пакет програм, що спричинене істотними відмінностями структури оброблюваних даних у різних користувачів. У виконавчих інформаційних системах на оперативному рівні управління застосовують, як правило, стаціонарне програмне забезпечення.

Крім того, інформаційні логістичні системи повинні бути взаємно інтегрованими на основі вертикальної та горизонтальної інтеграції. *Вертикальна інтеграція* – забезпечення зв'язків між плановою, диспозитивною та виконавчою системами. *Горизонтальна інтеграція* – забезпечення зв'язків між окремими комплексами завдань у диспозитивній і виконавчій системах за допомогою горизонтальних інформаційних потоків. До переваг інтегрованих інформаційних систем слід віднести зростання швидкості обміну інформацією, зменшення кількості помилок в обліку, зменшення обсягу опрацьованої «паперової роботи», сполучення раніше розрізнених інформаційних блоків.

У логістичних системах, зокрема в ланцюгах медичного постачання ЗС України, сукупність технічних об'єктів, знаряддя, інформаційні системи тощо, призначені для забезпечення логістичної системи необхідними даними, називають інформаційною інфраструктурою. Під *інформаційною інфраструктурою* в логістичних системах розуміють створення системи збору й обробки даних у задалегідь визначених вузлах логістичного ланцюга, обміну інформацією між логістичними вузлами і передачі інформації на різні рівні військово-медичного управління.

Висновки. На сьогодні ЗС України спроможні в плані ресурсів забезпечити власну структуру інформаційною системою для підвищення якості, надійності і безперервності логістичних процесів у ланцюгах постачання військового майна, зменшення характерної наявності великої кількості посередників, збільшення надійності функціонування облікової та звітної системи та розвинутості складської інфраструктури, що покращить в цілому стратегічний рівень ЗС України. У зв'язку з цим, нові завдання, які постають перед органом управління медичною службою ЗС України щодо втілення у життя логістичних принципів, спонукають до створення інформаційної інфраструктури, що надає змогу скоротити логістичні витрати, збирати, обробляти і трансформувати інформацію виходячи з конкретних потреб. Вказані процеси передбачають ідентифікацію і стандартизацію джерел інформації, кодування номенклатури медичного майна, їх обробку та визначення потреби. Досягти цього можна шляхом впровадження програмного забезпечення та комп'ютерної мережі щодо медичного постачання.

ОКРЕСЛЕННЯ ДЕЯКИХ ПЕРСПЕКТИВ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ

В.О. Кучмістов, Т.М. Краснянська, О.В. Галан

Українська військово-медична академія, м. Київ

Інформаційні технології (ІТ) – найважливіший фактор трансформації фармацевтичної галузі. Сьогодні провідні фармацевтичні компанії світу витрачають на означені технології близько \$20 млрд. на рік, однак рідко отримують від цих інвестицій повноцінну віддачу. Більшість ІТ-ресурсів компаній направляється на технології, призначені для скорочення витрат, – управління

ланцюжком поставок, обробку транзакцій, послуги підтримки, – і все більше таких технологій передається для підтримки зовнішнім постачальникам.

Мета дослідження: оглядово дослідити перспективні технології для підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичних компаній.

Сучасна фармацевтична галузь переживає важливі зміни, пов'язані з появою молекулярних підходів. Генетика, геноміка, протеоміка в майбутньому дозволять точніше ідентифікувати захворювання і створювати цілі пакети рішень щодо захисту здоров'я для пацієнтів з конкретними підтипами захворювань, замість того, щоб виробляти «безрозмірні» лікарські засоби (ЛЗ) для пацієнтів зі схожими симптомами, але різними, по суті, хворобами. Компанії, які навчаються створювати, «цілеспрямовані терапевтичні рішення» в майбутньому зможуть у разі збільшити прибуток своїх акціонерів. Ключем до такої трансформації стануть ІТ. На наш погляд ключовими технологіями, що стануть важливим чинником перетворення і підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичних компаній у найближче десятиліття, є наступні.

Обчислювальні системи з продуктивністю рівня петафлопс (10¹⁵ операцій з плаваючою комою/сек) і Grid-технології.

Прогностична геноміка.

Проникливі обчислювальні технології (мініатюрні пристрої індивідуального стеження, мобільні телекомунікаційні засоби і бездротові технології).

Інтелектуальні маркери і радіо-частотні ідентифікатори.

Нові потужні сервери зберігання даних, віртуалізовані та розподілені мережі зберігання, прозорі інтегровані системи управління записами та архівування.

РАТ-технології (Process Analytical Technology – Технології аналізу виробничих процесів).

Пошук і аналіз інформації в масштабах Internet і вдосконалені засоби аналізу тексту.

Зокрема, застосування обчислювальних систем із продуктивністю рівня петафлопс і Grid-технологій нададуть галузі не бачені раніше обчислювальні можливості. Покоління ПК із продуктивністю на рівні петафлопс створять умови для масового застосування біомолекулярної моделювання, наприклад, конформаційного аналізу білків. Grid-технології дозволяють ефективно використовувати вільні обчислювальні ресурси настільних комп'ютерів і серверів компаній, надають застосовувати скринінг на збіг ДНК-послідовностей або аналіз даних про продажі і маркетинг у реальному часі. Ряд дослідницьких Grid -систем вже діє. Прикладом є проект Smallpox Research Grid, в рамках якого на 2 млн комп'ютерах добровольців по всьому світу був проведений скринінг 35 млн потенційних ЛЗ для лікування вітряної віспи.

РАТ-технології дозволяють компаніям постійно і автоматично контролювати процеси виробництва в реальному часі замість того, щоб робити це постфактум, на підставі контрольних зразків і даних вихідного контролю якості. Означені технології сприятимуть підвищенню якості виробництва і заощадять кошти, оскільки дешевше провести поточну корекцію параметрів

виробничого процесу, ніж бракувати продукцію, що вийшла за рамки допустимих відхилень. Нові правила FDA (Food and Drug Administration – Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів) щодо організації виробництва приведуть до істотного зростання інвестицій у РАТ.

Проникливі обчислювальні технології у майбутньому змінять самі підходи до розробки ЛЗ і надання послуг охорони здоров'я, спростивши доставку та збір біологічних даних в реальному часі поза стінами клініки. Це, у свою чергу, означає можливість контролювати стан пацієнтів і управляти ним; принципово нові можливості для випробування нових ЛЗ; можливість надання послуг охорони здоров'я в будь-який час і в будь-якому місці. Ряд компаній, включаючи Philips Medical, вже розробляють інтелектуальний «біомедичний одяг», а компанія Bang & Olufsen створила упаковку для таблеток, яка сама нагадує пацієнтові, що настав час приймати ЛЗ.

Проведення пошуку і аналізу інформації в масштабах Internet дозволяють за допомогою інтелектуальних алгоритмів аналізу дослідити всю цифрову інформацію, що з'являється в Internet, в міру її виникнення. Ці нові засоби аналізу даних і текстів дозволять фармацевтичним компаніям швидко та ефективно використовувати змістовну інформацію з колосальних обсягів даних з досліджень, маркетингу та лікування пацієнтів. Засоби інтелектуального аналізу веб-інформації допоможуть компаніям галузі вести дослідження, вибирати потенційні ЛЗ для подальшого вивчення, аналізувати тенденції, більш активно реагувати на побічні дії фармацевтичних препаратів, передбачити потенційні кризові ситуації і краще розуміти потреби пацієнтів.

Висновок. Фармацевтичний ринок є одним з найскладніших в Україні – десятки тисяч найменувань продукції, жорстка законодавча регламентація, сильна конкуренція. Аптечні заклади нерідко вимушені працювати на межі рентабельності, шукають способи оптимізації бізнесу і знаходять їх в нових бізнес-схемах і технологіях. У вітчизняних фармацевтичних компаніях суттєво зросла зацікавленість до автоматизації бізнес-процесів. Окреслена низка перспективних ключових ІТ-технологій. Проте, будь-яка інформаційна система покликана забезпечити ІТ-підтримку цілої низки функцій бізнес-процесу, і в цьому сенсі може вважатися системою його автоматизації.

АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

О.В. Плешкова, В.О. Горбатенко, В.В. Трохимчук

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Найважливішими напрямками, що визначають ефективність системи медикаментозного забезпечення на всіх етапах надання медичної допомоги постраждалим є раціональне використання та доступність лікарських

засобів (ЛЗ) і фармацевтичної допомоги в цілому. Під впливом нестабільності ринкової економіки, існуючого дефіциту бюджетних коштів для забезпечення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, питання забезпечення доступності окремих груп ЛЗ набуває особливої актуальності, що в повній мірі стосується і препаратів для фармакотерапії тяжкої черепно-мозкової травми (ЧМТ).

Мета. Метою нашого дослідження є проведення аналізу доступності ЛЗ, які застосовуються при тяжких ЧМТ.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз зареєстрованих в Україні ЛЗ для медикаментозного забезпечення постраждалих із тяжкою ЧМТ проводилося з використанням інформаційної бази зареєстрованих ЛЗ, представленої на офіційному сайті ДУ «Державний експертний центр» МОЗ України. Для проведення дослідження використовували структурний, бібліографічний та маркетинговий методи дослідження.

Результати. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, тлумачення поняття «доступність ліків» включає два аспекти: фізичну й економічну доступність. Фізична доступність – наявність якісних ліків у потрібній кількості й асортименті – реалізується за допомогою власного виробництва ЛЗ, їх імпорту. Економічна доступність – платіжна спроможність пацієнта й ефективне використання наявних фінансових ресурсів державою – включає систему формування попиту на ЛЗ; вартість ліків і фактори, що впливають на ціну; цілеспрямований відбір, раціональне призначення й використання ЛЗ.

Доступність медикаментозного забезпечення залежить від кількох чинників:
 достатність ресурсів медикаментозного забезпечення, механізм розподілу ЛЗ та раціональної асортиментної політики;
 матеріально-технічна база аптек та ЗОЗ МОЗ України;
 економічні фактори, а саме рівень забезпечення аптек та ЗОЗ МОЗ України медичними виробами, технікою та апаратурою;
 відсутність аналогів лікарських препаратів вітчизняного виробництва;
 залежність вартості ЛЗ від курсу долара США.

Для аналізу доступності ЛЗ, які використовуються для медикаментозного лікування постраждалих із тяжкою ЧМТ, розраховували коефіцієнт адекватності платоспроможності, що дозволяв встановити частку від заробітної плати, яку пацієнт витрачає на придбання разової дози ЛЗ. При цьому всі ЛЗ в залежності від значення коефіцієнту адекватності платоспроможності були розподілені на категорії: високодоступні ЛЗ – при значенні $C_{as} \geq 0,5$, середньодоступні – $0,5 < C_{as} \leq 1,5$, малодоступні – при $C_{as} > 1,5$. При визначенні вартості разової дози ЛЗ використовували середньозважену роздрібну вартість ЛЗ станом на 01 лютого 2021 року згідно даних ТОВ «Моріон». Інформація щодо величини середньої заробітної плати по Україні в ході дослідження була визначена за допомогою офіційних даних Міністерства фінансів України: 2020 рік – 6638,00 грн.

Аналіз коефіцієнта адекватності платоспроможності показав, що більше ніж $\frac{3}{4}$ ЛЗ для фармакотерапії тяжкої ЧМТ належать до високодоступних ЛЗ (78,81%), а кількість малодоступних ЛЗ складає 7,93% або 103 ЛЗ.

Щодо розподілу ЛЗ по групах та категоріях встановлено, що такі групи препаратів як ангіопротектори, блокатори β -адренорецепторів, вітаміни, засоби, що використовуються в офтальмології, при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів, при функціональних ШК розладах інші засоби, що впливають на травну систему та метаболічні процеси, протипаркінсонічні препарати, психолептичні засоби, сечогінні засоби на 100% складаються з високодоступних ЛЗ, лише в групі D03 – засоби для лікування ран та виразкових уражень – майже 50% складають малодоступні ЛЗ.

Висновки. Таким чином, проаналізувавши доступність ЛЗ для лікування постраждалих із тяжкою ЧМТ, встановлено, що 78% ЛЗ є високодоступними препаратами.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ГРУПИ ОПІОЇДНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

Т.В. Приходько, О.П. Шматенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Урахування особливостей сучасних воєнних конфліктів, зазначених в Стратегії національної безпеки та Воєнній доктрині України, потребує удосконалення системи постачання медичною технікою та майном відповідно до стандартів країн-членів НАТО, що суттєво підвищує вимоги до рівня забезпеченості частин та підрозділів медичної служби лікарськими засобами. Відповідно до рекомендацій Tactical Combat Casualty Care (2012 р.) усі поранені потребують знеболення, вид якого залежить від низки особливостей, серед яких характер ураження та рівень надання медичної допомоги. Багаторічний досвід збройних протистоянь підтверджує провідну роль опіоїдних анальгетиків при знеболенні, тому метою нашого дослідження стало проведення маркетингового аналізу лікарських засобів з групи наркотичних анальгетиків.

Матеріали та методи дослідження. При проведенні дослідження асортименту лікарських засобів нами була використана інформація Державного реєстру лікарських засобів України та довідника Компендіум. Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз асортименту опіоїдних анальгетиків був здійснений серед засобів, що за класифікаційною системою АТС відносяться до групи N02A – опіоїди. Станом на 01.06.2020 р. в Україні було зареєстровано 32 торгові назви опіоїдних анальгетиків на основі 10 активних фармацевтичних інгредієнтів – з груп природних алкалоїдів опію (морфіну гідрохлорид, омнопон), похідних фенілпіперидину (фентаніл, промедол), похідних дифенілпропіламіну, похідних орипавіну, похідних морфінану

(буторфанол, налбуфін) та інших опіоїдів (трамадол). Серед досліджених лікарських засобів переважну більшість (93,7%) становили монопрепарати та лише 6,3% – комбіновані лікарські засоби, при цьому співвідношення лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва становило 66,7% до 33,3%. Найбільша кількість опіоїдних анальгетиків на ринку України представлена вітчизняними виробниками: ТОВ «ХФП «Здоров'я народу» – 10 найменувань, ТОВ з додатковою відповідальністю «Інтерхім» – 4 найменування, ПАТ «Фармак» – 3 найменування. Іншими виробниками (ПАТ «Фармстандарт-Біолік», ТОВ «Астрафарм», ТОВ «Фармекс груп», ТОВ «Юрія-Фарм») випускалось по 1 лікарському засобу даної групи. Аналіз за видом лікарської форми засвідчив, що 53% асортименту опіоїдних анальгетиків представлені розчинами для парентерального застосування, 39% – пероральними лікарськими формами (капсули, таблетки, пероральний розчин), 6% – лікарськими формами для місцевого застосування. Імпортовані лікарські препарати були представлені 8 країнами-виробниками: Латвія, Німеччина, Канада, Бельгія, Італія, Франція, Індія, Швейцарія.

Висновки. Фармацевтичний ринок України забезпечений достатнім асортиментом лікарських засобів з групи опіоїдних анальгетиків вітчизняного виробництва. Проте для забезпечення потреб військової медицини необхідним є розширення номенклатури лікарських форм наркотичних анальгетиків – буккальних та сублінгвальних таблеток, плівок, льодяників, а також трансдермальних терапевтичних систем, призначених для застосування на догоспітальному етапі надання медичної допомоги.

ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ЗРАЗКІВ ОСНАЩЕННЯ ДЛЯ АПТЕКИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ

П.С. Сирота, Л.А. Кукла, Н.Б. Єременко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Одним з найважливіших аспектів охорони здоров'я є високоякісне і безперебійне забезпечення лікарськими засобами.

Великі труднощі виникають у роботі аптек військових госпіталів, особливо в процесі роботи в екстремальних ситуаціях.

Актуальність даної теми визначається тим, що до теперішнього часу комплексного вирішення питань створення засобів механізації, підвищення продуктивності праці, поліпшення умов роботи в аптеках недостатньо приділяється уваги.

Мета. Метою цих досліджень стало впровадження сучасних засобів механізації в виробництві лікарських препаратів, а також підвищення продуктивності праці при здійсненні трудомістких технологічних процесів в аптечній мережі військових госпіталів.

Цілі. Створити засоби механізації для виробництва лікарських препаратів, а також підвищення продуктивності праці при здійсненні трудомістких технологічних процесів.

Завдання. Для досягнення поставленої цілі потрібно було вирішити такі завдання:

вирішити питання подачі очищеної води і води для ін'єкцій до робочих місць технолога і дезінфекції системи трубопроводів;

вивчити стан технічної оснащеності аптек з приготування лікарських препаратів та здійснення трудомістких технологічних процесів в аптечній мережі;

вивчити стан вантажно-розвантажувальних робіт на складах і аптечної мережі військових госпіталів у стаціонарних і екстремальних умовах.

Методи дослідження. Були застосовані такі методи дослідження: бібліографічний, документальний, ретроспективний, інформаційний.

Результати дослідження. В ході роботи були вивчені та проаналізовані нормативно-правові акти, які регламентують роботу на оснащення військово-медичного клінічного центру. Під час проходження військової практики у ВМКЦ Східного регіону, нами оцінено стан технічної оснащеності аптек, вивчила стан вантажно-розвантажувальних робіт в аптеці. В процесі роботи було розроблено план механізації для виробництва лікарських препаратів для підвищення продуктивності праці при здійсненні трудомістких технологічних процесів.

Висновок. Проведений аналіз допоможе оптимізувати роботу аптек військово-медичного клінічного центру, для високоякісного і безперебійного забезпечення лікарськими засобами.

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ МЕХАНІЗОВАНОЇ (ТАНКОВОЇ) БРИГАДИ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

А.М. Соломенний, М.В. Величко, О.П. Ніколайчук

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність: Перед медичною службою Збройних Сил (ЗС) України постійно ставляться нові складні завдання особливо в умовах проведення операції Об'єднаних сил (ООС) (антитерористичної операції (АТО)), що потребують вирішення та оптимізації, організація надання якісної і своєчасної медичної допомоги пораненим, їх швидка евакуація, подальше лікування та реабілітація не може бути виконана без організації своєчасного та повного забезпечення медичним майном (ММ) військових частин та військово-медичних закладів ЗС України. В таких умовах важливими складовими в системі медичного постачання військ (сил) є процеси пов'язані обліком та списанням, збереженням, рухом та ефективним використанням ММ і техніки, що безпосередньо пов'язані з аналізом діяльності військово-медичних закладів ЗС

України, з метою забезпечення ефективного та раціонального використання ММ в медичних підрозділах та закладах.

Мета: Дослідження організації обліку та списання ММ і техніки у підрозділах медичного постачання механізованих (танкових) бригад із урахуванням досвіду застосування військ (сил) в умовах проведення ООС (АТО) для удосконалення системи управління медичного постачання військ (сил).

Методи дослідження: системно-оглядовий, бібліографічний, документальний та контент-аналіз.

Результати досліджень: Проведено вивчення нормативно-правової бази, що регламентує облік та списання ММ в ЗС України. Облік ММ здійснюється посадовими (службовими) особами відповідно до обов'язків визначених Статутом внутрішньої служби ЗС України, затвердженим Законом України від 24.03.1999 р. №548-XIV, «Положенням про військово (корабельне) господарство ЗС України» затвердженого наказом МО України від 06.07.1997 р. № 300, функціональними (посадовими, службовими) обов'язками з урахуванням вимог Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні», а також «Інструкції з обліку військового майна у ЗС України» затвердженої наказом МО України від 17.08.2017 р. №440. Списання М здійснюється відповідно «Порядку списання військового майна у ЗС України» затвердженої наказом МО України від 31.01.2015 р. №17. Переоцінка вартості ММ здійснюється згідно «Методики визначення залишкової вартості військового майна ЗС України» затвердженої постановою КМ України від 29.05.1998 р. №759 (зі змінами). Списання ММ, яке набуло непридатного стану в результаті втрати (знищення, руйнування) внаслідок стихійного лиха або воєнних дій, проведення антитерористичної операції (миротворчої операції) або внаслідок диверсій здійснюється за інспекторським посвідченням з обов'язковим проведенням службового розслідування згідно «Порядку проведення службового розслідування стосовно осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування» затвердженого постановою КМ України від 13.06.2000 р. № 950 (зі змінами), «Порядку проведення службового розслідування у ЗС України», затвердженої наказом МО України від 21.11.2017 р. № 608.

Основним завданням підрозділів медичного постачання є своєчасне та повне забезпечення ММ і технікою підрозділів військових частин, що включає в себе облік ММ, саме вчасність правильне законне проведення операцій пов'язаних з витребуванням, отриманням, видаванням ММ створюють передумови щодо успішного виконання підрозділами покладених на них завдань. Досвід проведення АТО, особливо 2014 рік, показав проблемні питання медичного постачання значна частина яких пов'язана з несвоєчасним проведенням облікових операцій. Первинні облікові документи щодо отриманого майна видані представникам військових частин в зоні проведення АТО надходили до пунктів постійної дислокації військових частин де саме знаходились фінансово-економічні органи з запізненням, частина первинних

облікових документів в наслідок бойових дій втрачались, що створювало проблеми з своєчасним проведенням облікових операцій, визначенням об'єктивних даних щодо фактичного забезпечення військових частин, а також призводило до розбіжностей в облікових даних між фінансово-економічною службою та медичною службою частини. Значна частина ММ отриманого як благодійна допомога не ставилась на облік, що також впливало на об'єктивність визначення потреби в ММ і його раціональному розподілі. Також підрозділи задіяні до виконання завдань в АТО не проводили списання фактично використаного ММ до повернення в пункти постійної дислокації, що пов'язано з віддаленістю фінансово-економічної служби неможливість провести звірку облікових даних, підписати акти на списання перед затвердженням командиром частини.

Висновки. Враховуючи результати дослідження ми узагальнили нормативну базу чинного законодавства України, прийшли до висновку про необхідність вдосконалення діючої системи медичного постачання військ (сил). Своєчасність проведення облікових операцій можливо досягти дублюванням оригіналів первинних облікових документів (до надходження оригіналів) за допомогою автоматизованих систем управління (АСУ «Дніпро»).

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ АПТЕК ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ

П.С. Сирота, Л.Ю. Сорокопуд, О.М. Руденко
Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. У період військових протистоянь, коли на першому місці в країні стоять соціальні пріоритети, створення ефективної системи охорони здоров'я продовжує бути актуальною проблемою. Обсяг заходів щодо медичного забезпечення, які виконує військово-медична служба, зростає з кожним роком, а застарілі умови їх виконання ускладнюють процес. Одним із найважливіших аспектів є повне і високоякісне задоволення потреб в медичному майні та техніці військових частин та закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України.

Медичне постачання Збройних Сил України відіграє велику роль у забезпеченні необхідних умов для повноцінної роботи військових лікарів і включає в себе визначення потреб медичного майна військових частин, закупівлю, належне зберігання, облік, видачу, транспортування і ремонт, а також списання та утилізацію, керуючись нормативними документами та статтями АНД.

Саме належна організація роботи аптек Військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) має велику вагу у забезпеченні медичним майном структурних підрозділів.

Метою нашого дослідження є вивчення та вдосконалення організації роботи аптек ВМКЦ.

Матеріали та методи. Аналіз нормативної бази та відкритих літературних джерел що регламентують організацію медичного постачання.

Об'єктом дослідження є аптека ВМКЦ. Для досягнення мети дослідження визначені наступні завдання:

вивчити сучасний стан організації роботи аптеки ВМКЦ та визначити основні підходи до її вдосконалення;

визначити проблемні питання недосконалого оснащення засобами механізації в трудомістких процесах по виготовленню лікарських засобів персоналом аптеки ВМКЦ;

провести аналіз контролю якості екстемпоральних лікарських засобів;

визначити причини відсутності виготовлення настоїв та відварів з ЛРС в умовах аптеки ВМКЦ та відновити процес роботи з інфундирними апаратами;

удосконалити систему виготовлення лікарських засобів.

Результати дослідження: Провівши аналіз Положень про роботу військових аптек, затвердженого наказом Директора департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України від 20.02.2007 р. №13, нами було виявлено проблему відсутності програмної автоматизації обліку і звітності медичного майна в аптеці, що є гальмівною силою в швидкій та безперервній організації зв'язку між підрозділом медичного постачання та іншими структурними ланками закладів охорони здоров'я.

Ще одним з важливих питань, що виникли під час проведення спостережень за роботою фахівців на базі аптеки ВМКЦ, є реорганізація виготовлення настоїв і відварів з ЛРС в умовах аптеки ВМКЦ та відновлення процесу роботи з інфундирними апаратами, а також значне зниження частки виготовлення екстемпоральних лікарських засобів, що являється більш доцільним способом отримання препаратів для лікування орфанних хвороб, ніж серійне виробництво лікарських засобів з низьким попитом.

Висновок. В результаті проведених досліджень було виявлено певна кількість проблемних питань, усунення яких сприятиме вдосконаленню організації роботи аптеки ВМКЦ, а саме модернізація технічного оснащення аптеки забезпечить надійне та безперебійне задоволення лікарськими засобами військовослужбовців Збройних Сил України.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ КОМПЛЕКСНОГО ПРОТИКАШЛЬОВОГО ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

В.О. Тарасенко, Н.А. Неізмайлова, В.І. Прудніков

Українська військово-медична академія, м. Київ

Традиція використання в лікуванні різних захворювань лікарських рослин, а також продуктів природного походження, налічує тисячоліття. В даний час, незважаючи на досягнення хімії і біотехнології, актуальність і популярність застосування рослинних лікарських препаратів залишається досить високою. Особливість терапевтичного ефекту препаратів з рослинної лікарської сировини полягає в тому, що лікувальний ефект виникає не відразу і не завжди

буває яскраво вираженим, як при застосуванні препаратів, отриманих шляхом хімічного синтезу. Однак, препарати, що містять біологічно активні речовини (БАР) рослинного походження, на відміну від синтетичних, не викликають алергії, малотоксичні, сприятливо діють на організм, і при тривалому застосуванні не надають побічних дій.

Інфекційні хвороби органів дихання – це гетерогенна група захворювань верхнього і нижнього відділів дихальних шляхів, до яких відносяться гострі респіраторні вірусні інфекції, гострий риніт, ларинготрахеїт, фарингіт, гострий бронхіт. Ці захворювання представляють в даний час серйозну проблему для охорони здоров'я багатьох країн, в тому числі і для України. Одним з найбільш характерних симптомів захворювань бронхолегеневої системи, а також ускладненням гострих респіраторних захворювань, є кашель. Традиційно велику перевагу в групі відхаркувальних засобів отримали препарати рослинного походження. До того ж фітопрепарати крім відхаркувальний мають протизапальну, пом'якшувальну, обволікаючу дію.

Метою роботи є створення комплексного протикашльового препарату у вигляді сиропу з екстрактами Алтеї лікарської, Солодки голої, Термопсису ланцетовидного, Редьки посівної чорної та Шипшини собачої. Необхідно визначити основні колоїдно-хімічні характеристики лікарської форми та стабільність з метою встановлення її специфікаційних показників. В ході роботи необхідно оптимізувати склад та технологію протикашльового лікарського засобу з протикашльовою, відхаркувальною та загальнозміцнюючою дією.

Для вирішення поставлених у роботі завдань застосовували загальноприйняті: органолептичні (агрегатний стан, зовнішній вигляд, колір, смак, запах, прозорість), фізико-хімічні, фізико-механічні (рН, відносна густина, в'язкість), фармакотехнологічні (маса вмісту контейнера) і статистичні та математичні методи досліджень.

Першим етапом наших досліджень був вибір дози екстрактів сухих для сиропу. Співвідношення компонентів обґрунтовували теоретично і експериментально, оцінюючи активність рослинних компонентів. При цьому враховувалася взаємодія рослинних компонентів між собою, в тому числі з урахуванням посилення терапевтичного ефекту при спільному використанні.

Разові дози екстрактів були обрані з розрахунку відповідних доз в комплексних офіційних препаратах, що містять вибрані екстракти, в тому числі і в комбінації: «Коделак фіто», «Коделак бронхо», «Доктор Мом», «Лінкас», сироп алтея, мікстура дитяча суха, і склали для екстракту алтея – 0,1, термопсису – 0,01, солодки – 0,075. Дозування сиропів проводиться за обсягом, 1 доза становить 5 мл. З урахуванням дозування чайними ложками (5мл), на 100 мл сиропу, що містять 20 доз, вміст термопсису екстракту сухого складе 0,2 г, алтея екстракт сухого 1,0 г, солодки екстракту сухого 1,5 г.

Таким чином, в даний час існують різні підходи до складання рецептур комплексних лікарських препаратів. Один з них передбачає досягнення підсумовування або взаємного посилення позитивних властивостей використовуваних

рослин, що розширює їх терапевтичний ефект. При складанні рецептури відхаркувальний дії нами був використаний аналогічний метод. При цьому головними складовими при підборі компонентів були відомості про етіологію і патогенез захворювань дихальних шляхів, складі біологічно активних речовин рослин і їх використанні в медицині.

ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ ТА РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ COVID-19

О.П. Шматенко, М.В. Білоус, М.Ю. Катюжинська

Українська військово-медична академія, м. Київ

З огляду на високі темпи поширення на планеті коронавірусної інфекції COVID-19, спалах якої виник у китайському місті Ухань у листопаді 2019 р., нині вже близько 200 країн і територій, де виявили цей вірус – серед них і Україна. У зв'язку з цим, відповідно до актуальних рекомендацій ВООЗ (WHO) та Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) провізор (фармацевт) як учасник медичної команди несе відповідальність за життя і здоров'я населення в умовах пандемії.

За даними ВООЗ майже 82% пацієнтів не потребують стаціонарного лікування, лікуються під наглядом сімейного лікаря в амбулаторних умовах та отримують фармацевтичну опіку в умовах найближчого аптечного закладу. Таким чином, із початку карантину фармацевтичні працівники (ФП), насамперед ті, що працюють в аптечних закладах, перебувають на передовій у боротьбі з коронавірусною інфекцією COVID-19, і вони роблять усе можливе для надання якісної фармацевтичної допомоги.

В Україні були проведені дослідження ступеня занепокоєності фармацевтичних фахівців на початку пандемії, у іншій науковій праці досліджувалася роль провізора у забезпеченні карантинних заходів під час пандемії COVID-19, крім того ведучими вітчизняними вченими з фармацевтичної логістики вивчалися шляхи вирішення актуальних проблем фармацевтичної логістики в період пандемії. Однак, як показує проведений аналіз, проблема захворюваності ФП під час пандемії та наукове обґрунтування факторів, що активно впливають на структуру та рівень захворюваності фармацевтичного персоналу в Україні, не досліджувалися, і тому є актуальною та потребує подальшого опрацювання.

Метою цієї роботи є проведення аналізу методичних підходів щодо вивчення структури та рівня захворюваності фармацевтичних працівників під час пандемії коронавірусу COVID-19. Для досягнення мети дослідження було проаналізовано закордонну і вітчизняну наукову літературу та чинну нормативно-правову базу України, публічну інформацію профільних організацій, експертно-аналітичні матеріали тощо.

Методами дослідження є абстрактно-логічний, монографічний та системний аналіз.

Результати дослідження. На сьогодні, обліковим документом для реєстрації кожного випадку тимчасової непрацездатності працівника протягом року є листок непрацездатності. За обліковою методикою визначено алгоритм відповідних процедур, який полягає у тому, що виданий лікувальним закладом листок, після одужання, працівник подає адміністрації підприємства або організації для реєстрації. До 2004 року на підставі даних реєстрації, за спеціально розробленим модельним форматом статистичних методів обробки, складався «Звіт про причини тимчасової непрацездатності» за формою № 23-ТН. Він містить дані про число випадків і календарних днів непрацездатності за Міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10) щодо найбільш поширених захворювань, у зв'язку з доглядом за хворим, із відпусткою при вагітності та пологах, санаторно-курортним лікуванням тощо.

Слід відмітити, що наказом МОЗ України від 02.06.2004 року № 275 була ліквідована галузева статистична звітна форма № 23-ТН, у зв'язку з цим ускладнилося становище в частині вивчення структури захворюваності за МКХ (по нозологіях). У такій ситуації зменшилась можливість перманентного вивчення причин росту захворюваності та оперативного системного вживання заходів із зниження трудовитрат через хвороби. Правлінням Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності було прийнято Постанову від 06.07.2006 року №77 «Про стан експертизи тимчасової непрацездатності в закладах охорони здоров'я України», де затверджено відновлення звітності за формою № 23-ТН «Звіт про причини тимчасової непрацездатності», як форми Державної статистичної звітності. Цей факт, здавалося б, повинен був би сприяти усуненню вищезазначених недоліків, але на даний час ця звітна форма не затверджена Міністерством охорони здоров'я України, а тому лікувальні заклади офіційно її не складають. На цей час Фондом соціального страхування проводиться тільки облік використання коштів за методикою яка покладена в основу статистичної форми 4-ФСС ТВП.

Крім того, аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності фармацевтичних працівників, на підставі вкопювання листків непрацездатності ускладняється тим, що на сьогодні діагноз первинний, діагноз заключний та шифр МКХ-10 зазначаються лікарем виключно за письмовою згодою хворого, згідно чинного законодавства.

У більшості зарубіжних країн для характеристики захворюваності певних категорій працюючих використовується вивчення офіційної документації про госпіталізацію хворих і опитування вибіркового населення із застосуванням анкетного методу. На наш погляд, найбільш достовірним методом вивчення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності є вкопювання листків непрацездатності. Але разом з цим, для проведення поглибленого аналізу чинників, що впливають на захворюваність з тимчасовою втратою працездатності вкрай необхідні дані, отримані при анкетуванні.

Висновки. Проведений аналіз методичних підходів щодо вивчення структури та рівня захворюваності ФП під час пандемії коронавірусу COVID-19 показав їх переваги та недоліки. Встановлено, що у листках непрацездатності лікар не завжди вказує діагноз та шифр за МКХ-10 пацієнта згідно чинного законодавства. Це унеможливило у подальшому проведення дослідження структури захворюваності ФП одним з об'єктивних методів доказової фармації – викопіювання листків непрацездатності. Проте, для проведення поглибленого аналізу факторів, які впливають на структуру та рівень захворюваності ФП необхідні дані, отримані при анкетуванні фармацевтичного персоналу.

УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ СКЛАДІВ З УРАХУВАННЯМ СУЧАСНИХ СТАНДАРТІВ

О.П. Шматенко, М.П. Потехіна, О.В. Підлісний

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність теми. Дана тема присвячена удосконаленню та оптимізації систем військово-медичних складів з урахуванням сучасних стандартів та новітніх технологій.

Сучасний медичний склад – це складна технологічна споруда, яка має в своєму складі численні взаємопов'язані елементи, має певну структуру і виконує кілька функцій по обробленню матеріальних потоків, та по накопиченню і розподілу медичного майна між споживачами.

При проведенні досліджень, було розглянуто групи операцій, що виконувались на складі, та за допомогою методів порівняльного аналізу і функціонального моделювання виявлені «слабкі місця», в яких є можливість зменшити втрати і оптимізувати роботу складського приміщення як важливого елемента системи. В даний час ми розглядаємо шляхи і напрямлення удосконалення роботи військово-медичних складів, що дозволять збільшити ефективність їх роботи. Основою сучасного високотехнологічного складу є автоматизована система управління складськими процесами.

Мета і завдання дослідження. Метою даного дослідження є удосконалення роботи військово медичних складів з урахуванням сучасних стандартів.

Для досягнення мети нашого дослідження потрібно вирішити **наступні завдання:**

вивчити та проаналізувати вимоги чинного законодавства України та міжнародних стандартів щодо процесу зберігання майна та лікарських засобів на складі;

вивчити роботу автоматизованих облікових систем на прикладі цивільних складів;

дослідити принципи та вимоги міжнародних стандартів до робочих зон складу, а саме:

вивантаження і приймання вантажів;

внутрішньоскладське транспортування вантажів;

розміщення для зберігання (укладка медичного майна і техніки на сте-
лажі ,штабелі);

комплектація і відвантаження медичного майна і техніки.

Об'єкти дослідження. Система медичного постачання ЗС України.
Військово-медичні склади ЗС України.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої у роботі мети, ви-
користовувався метод порівняльного аналізу для вироблення доцільних реко-
ментацій, щодо ефективних напрямів організації та модернізації військово-
медичних складів.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами визначено, що для
ефективного використання та функціонування військово-медичних складів
нагальним питанням є впровадження міжнародних стандартів, що включають
в себе прогнозування, нормування, планування, організацію, контроль, сти-
мулювання і регулювання термінів і обсягів виконання заявок на заповнення
норм запасів на медичних складах. В ході нашого комплексного дослідження
визначено, що на теперішній час виникла нагальна потреба запровадження на
медичних складах сучасної комплексної системи управління, яку буде побу-
довано на основі нових вітчизняних нормативно-правових документах (нака-
зів, керівництв, розпоряджень Міністерства охорони здоров'я України, Міні-
стерства Оборони України), а також документів і стандартів міжнародного
характеру, таких як стандарт ISO 9001:2015, належних практики у фармації:
GDP (Good Distribution Practice – належна практика дистрибуції), GSP – (Good
Storage Practice – належна практика зберігання), тощо.

Висновки. В результаті проведеного нами дослідження були вивчені
літературні джерела у сфері управління медичними складами як у військовій,
так і у цивільній сфері. Встановлено, що для надійного медичного забезпе-
чення військ необхідно мати військово-медичні склади, що будуть цілком і по-
вністю відповідати сучасним вимогам як міжнародних так і вітчизняних стан-
дартів. Саме на удосконаленні роботи військово-медичних складів на основі
міжнародних стандартів сімейства GxP, та інших міжнародних вимог і доку-
ментів і буде акцентована увага в нашому подальшому дослідженні.

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ТА СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ

В.О. Тарасенко, А.М. Соломенний, А.О. Головня

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Останні роки як уряд, так і значна частина суспільства
нашої країни приділяє все більше уваги питанням якості лікарських засобів.
Найважливішим чинником побудови ефективної системи забезпечення якості
ЛЗ на рівні держави є нормативне регулювання різних аспектів її створення
та функціонування за допомогою нормативно-правових актів і нормативних

документів, гармонізованих з європейським та міжнародним законодавством. Належний рівень якості проведення мікробіологічних досліджень безпосередньо залежить від основних складових елементів GMP (GLP). Це вимагає від вітчизняних виробників фармацевтичної продукції проведення повної реорганізації діяльності мікробіологічної лабораторії та створення системи забезпечення якості мікробіологічних досліджень. Крім того, не вирішеними залишаються проблеми організації навчання та підвищення кваліфікації фахівців-мікробіологів, висвітлення сучасних підходів та методів мікробіологічних досліджень у розробку галузевих стандартів, методичних рекомендацій та вказівок, що регламентують роботу мікробіологічної лабораторії.

Мета та завдання. Метою роботи стала розробка та наукове обґрунтування організаційно-методичних заходів діяльності мікробіологічної лабораторії на фармацевтичних підприємствах у відповідності до вимог GMP (GLP). Для досягнення поставленої мети визначені наступні завдання: провести аналіз сучасного стану та перспектив розвитку основних складових системи забезпечення якості виробництва лікарських засобів; визначити специфіку реалізації основних методів досліджень в діяльності мікробіологічної лабораторії відділу контролю якості у відповідності до вимог GMP (GLP); розробити раціональну структурно-функціональну схему організації діяльності мікробіологічної лабораторій відділу контролю якості для підвищення ефективності та якості проведення досліджень.

Об'єкт дослідження: мікробіологічна лабораторія та система контролю якості лікарських засобів вітчизняних фармацевтичних підприємств.

Предмет дослідження: методологічні підходи щодо організації роботи та системи забезпечення якості проведення досліджень мікробіологічних лабораторій відділів контролю якості вітчизняних фармацевтичних підприємств.

Методи дослідження. При проведенні дослідження використовували методи: системного та порівняльного аналізу, комплексного підходу та побудови моделі, анкетування та експертного оцінювання, статистичні, системного огляду та мікробіологічні методи.

Отримані результати. На підставі вивчення та узагальнення даних літератури проведено аналіз елементів системи забезпечення якості виробництва лікарських засобів та визначені проблемні аспекти їх реалізації в специфіці діяльності МБЛ ВКЯ лікарських засобів на вітчизняних фармацевтичних підприємствах.

Досліджені основні види діяльності сучасної МБЛ, що дозволило провести аналіз основних факторів ризику отримання хибних позитивних або негативних результатів мікробіологічних досліджень та встановити основні методи захисту від таких явищ.

Показана необхідність розробки комплексу заходів удосконалення системи мікробіологічного аналізу лікарських засобів, яка вимагає створення: оптимальної схеми структурно-функціональної організації МБЛ ВКЯ, навчальних та атестаційних програм для підвищення кваліфікації персоналу МБЛ;

принципів розробки документації для оформлення первинних даних та стандартизації процедур розробки і валідації методик мікробіологічного контролю лікарських засобів, з метою вдосконалення системи забезпечення якості мікробіологічних досліджень у відповідності до вимог ISO та GMP.

Розроблено структурно-функціональну схему організації роботи МБЛ ВКЯ, яка забезпечує чіткий розподіл робіт на два типи: рутинні та роботи, що вимагають наукових підходів. Запропонована структура МБЛ ВКЯ дозволяє здійснювати правильний підбір кадрів із врахуванням оптимального співвідношення між основним та допоміжним персоналом залежно від типу робіт, що виконуються підрозділом.

Вперше науково обґрунтована структурно-функціональна схема організації роботи мікробіологічної лабораторії відділу контролю якості на фармацевтичному підприємстві та визначені шляхи підвищення ефективності діяльності та якості проведення досліджень. Запропонований функціональний розподіл обов'язків між персоналом в МБЛ ВКЯ сприяє чіткому розмежуванню робіт за кваліфікаційним рівнем виконавців, дозволяє виключити ризик зниження якості проведення мікробіологічного аналізу, забезпечує якісне оформлення первинних даних в процесі досліджень та дозволяє привести діяльність МБЛ ВКЯ у відповідність до вимог GMP (GLP).

Висновок. Здійснено теоретичне узагальнення та обґрунтовано сучасне рішення організаційних аспектів забезпечення системи мікробіологічного контролю якості лікарських засобів в умовах вітчизняного фармацевтичного підприємства. Показана необхідність розробки комплексу заходів удосконалення системи мікробіологічного аналізу лікарських засобів, яка вимагає створення: оптимальної схеми структурно-функціональної організації МБЛ ВКЯ, навчальних та атестаційних програм для підвищення кваліфікації персоналу МБЛ; принципів розробки документації для оформлення первинних даних та стандартизації процедур розробки і валідації методик мікробіологічного контролю лікарських засобів, з метою вдосконалення системи забезпечення якості мікробіологічних досліджень у відповідності до вимог ISO та GMP.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРЯДКУ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (ООС)

Н.В. Базунова, О.М. Фіонов, В.В. Коротченко,

О.В. Белозьорова, С.В. Нестеровська, Ю.П. Криваченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. На сьогодні лікувально-евакуаційне забезпечення в районі проведення операції Об'єднаних сил (ООС) на території Донецької та Луганської областей здійснюється з дотриманням етапності надання медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим. Надзвичайно важливим є швидке, вчасне й повне медичне постачання (МП) необхідним медичним майном (ММ) для забезпечення медичних підрозділів військових частин, військових мобільних

госпіталів (ВМГ), залучених до виконання завдань у складі угруповань військ (сил), враховуючи мінливість зовнішніх факторів та особливості наявної сучасної обстановки.

Ефективність функціонування системи медичного забезпечення в районі проведення ООС значною мірою залежить від управлінських рішень вертикалі управління, належно організованого обігу інформації та належно організованого порядку постачання медичної техніки та майна військовим частинам та ВМГ.

Тому удосконалення й оптимізація порядку постачання медичної техніки та майна медичним підрозділам військових частин, ВМГ, залученим до виконання завдань у складі угруповань військ (сил) в районі проведення ООС, залишається одним із актуальних завдань.

Мета дослідження: проаналізувати порядок постачання медичного майна в районі проведення операції Об'єднаних сил (ООС) та обґрунтувати пропозиції щодо організаційних шляхів їх вирішення.

Матеріали і методи дослідження: сучасні медико-фармацевтичні, чинні нормативні, воєнно-наукові та інші джерела інформації щодо порядку постачання медичної техніки і медичного майна; методи – бібліографічно-інформаційного пошуку, системно-логічного аналізу, моделювання й формалізації.

Результати дослідження та їх обговорення. Для забезпечення медичним майном військових частин, які задіяні в районі проведення операції Об'єднаних сил (ООС) на території Донецької та Луганської областей в зоні відповідальності військового мобільного госпіталю, у військові мобільні госпіталі, введені групи медичного постачання (пересувні) (далі – ГМП(п)).

З метою організації безперебійного забезпечення медичним майном військових частин у районі проведення операції Об'єднаних сил забезпечення медичним майном здійснюється з Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (далі – ВМКЦ Північного регіону).

Начальник ВМКЦ Північного регіону організовує постачання медичного майна до ГМП(п) військових мобільних госпіталів (аптеки 555 ВГ) за їх заявками. У ВМКЦ Північного регіону створюється шестимісячний резерв медичного майна. Його поповнення здійснюється за наявності майна менше двомісячної потреби.

Військові частини (підрозділи) здійснюють розрахунок потреби медичного майна згідно з переліком та обсягами медичного майна (Наказ МО України від 15.05.17 р. № 261 «Про затвердження Порядку постачання медичного майна Збройним Силам України в мирний час»), з урахуванням фактичної витрати.

У ГМП(п) ВМГ створюється резерв медичного майна для забезпечення роботи на три місяці за номенклатурою переліку медичного майна, залишок якого складає менше місячної потреби.

Забезпечення медичним майном військових мобільних (стаціонарних) госпіталів, які задіяні в районі проведення операції Об'єднаних сил, здійснюється з військово-медичних клінічних центрів за підпорядкованістю.

Начальники ВМКЦ регіонів організовують створення тримісячних запасів медичного майна для відповідних військових мобільних госпіталів. Для забезпечення лікувально-діагностичного процесу безпосередньо у військово-мобільному госпіталі утримуються запаси медичного майна із розрахунку не менше місячної потреби.

За результатами узагальненого аналізу звітної інформації на даний час існують певні проблеми, наприклад, ускладненим є забезпечення медичним майном безпосередньо військових мобільних госпіталів, що знаходяться в районі проведення ООС. Також у самому ланцюгу процесу фактичної доставки медичного майна, оскільки усі військові мобільні госпіталі отримують медичне майно зі свого визначеного ВМКЦ регіону. При цьому плече підвозу медичного майна варіює і може становити від 200 км до понад 1000 км. Отже, матеріальні витрати ресурсів і часу на перевезення медичного майна очевидні, не виправдано значні й недоцільні.

Висновки. В існуючій стрункій вертикалі управління та чіткій організації медичного постачання для безперебійного забезпечення медичним майном військових частин (підрозділів) та закладів охорони здоров'я у районі проведення операції Об'єднаних сил з метою усунення і подолання проблем, що об'єктивно періодично виникають, запроваджено системи обробки та підготовки інформації, необхідної для прийняття управлінських рішень.

Розроблена схема взаємопов'язаних напрямів і послідовності доставки (отримання) медичного майна в районі проведення операції Об'єднаних сил, що охоплює усі об'єкти медичного постачання з можливою заміною – резервним варіантом доставки (отримання) медичного майна.

Забезпечення медичним майном здійснюється з Військово-медичних клінічних центрів регіонів за підпорядкованістю. Досягнення безперебійності постачання медичним майном забезпечується створенням різного рівня резервів запасів медичного майна у показниках кількісно-якісного об'єму (або в обсягах кількісно-якісних показників).

Організовано функціонування груп медичного постачання (пересувних) у військових мобільних госпіталях для моніторингу й забезпечення медичним майном військових частин, які задіяні в районі проведення операції Об'єднаних сил, в зоні відповідальності військового мобільного госпіталю.

Результати роботи, її успіх та ефективність напряму залежать від гармонійного функціонування усіх етапів порядку постачання медичної техніки та майна військовим частинам.

СУЧАСНИЙ СТАН КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНОГО ОСНАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

О.В. Плешкова, А.О. Томашевська

Українська військово-медична академія, м. Київ

Враховуючи особливий період в нашій країні, її фінансове забезпечення, кількість поранених і характер бойових травмувань, величезну роль в забезпеченні військових частин та закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України відіграє комплектно-табельне оснащення, особливо для забезпечення військових частин, що знаходяться в районі проведення операції Об'єднаних сил, адже повноцінне забезпечення медичної служби в необхідному медичному майні може врятувати не одне життя.

Забезпечення необхідного рівня якості надання усіх видів медичної допомоги, зниження летальності, покращення результатів лікування можливе лише за умов впровадження військово-медичних стандартів та переоснащення військово-медичної служби сучасними технічними засобами, медичними виробами, а також створення сучасного комплектно-табельного оснащення.

Враховуючи вищевказане, особливої актуальності набуває проведення аналізу сучасного стану комплектно-табельного оснащення медичної служби Збройних Сил України, що обумовлює необхідність проведення комплексного дослідження вітчизняного фармацевтичного ринку.

Прийнятий у медичній службі Збройних Сил України принцип забезпечення медичним майном на воєнний час у комплектах має ряд переваг: дозволяє організувати оперативне забезпечення військ необхідним медичним майном, швидко розгорнути і оснастити відповідними комплектами функціональні підрозділи медичної служби військових частин, а після виконання поставлених завдань – згорнути комплекти і підготувати до передислокації.

На даний час перелік та опис комплектів медичного майна регламентуються наказами Генерального штабу Збройних Сил України від 30.06.2015 року № 02 «Про затвердження Переліку медичного майна та техніки, які постачаються Збройним Силам України на особливий період», від 30.06.2015 року № 03 «Про затвердження Збірника описів комплектів медичного майна і Порядку переформування комплектів медичного майна», від 03.07.2015 року № 252/ДСК «Тимчасовий перелік та обсяги медичного майна для надання медичної допомоги і лікування поранених та хворих на особливий період», від 07.01.2017 року № 7 «Про затвердження Змін до Збірника описів комплектів медичного майна для військових частин та закладів Збройних Сил України», від 19.12.2019 року № 475 «Про затвердження Змін до Переліку медичного майна та техніки, які постачаються Збройним Силам України на особливий

період» та від 19.12.2019 року № 476 «Про затвердження Змін до Збірника описів комплектів медичного майна для військових частин та закладів Збройних Сил України». В зазначених наказах визначені 36 комплектів медичного майна для надання різних видів медичної допомоги пораненим та хворим військовослужбовцям, що містять інвентарне та витратне медичне майно:

індивідуальне та групове оснащення для надання першої медичної допомоги – 6 найменувань;

комплекти медичного майна для надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги – 7 найменувань;

комплекти медичного майна для надання кваліфікованої медичної допомоги – 3 найменування;

комплекти медичного майна для спеціальних кабінетів, лабораторій, аптек – 3 найменування;

комплекти для дезінфекції та санітарної обробки – 2 найменування;

набори медичні – 3 найменування;

комплекти спеціального призначення – 12 найменувань.

Таким чином, нами проведено аналіз сучасного стану комплектно-табельного оснащення медичної служби Збройних Сил України та встановлено, що для забезпечення необхідного рівня медичної допомоги постраждалим військовослужбовцям на особливий період використовується 36 комплектів медичного майна.

ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

ПОШИРЕНІСТЬ КОМОРБІДНОЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Н.І. Бондар, Г.З. Мороз

Українська військово-медична академія, м. Київ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається надзвичайно актуальною медико-соціальною проблемою, що обумовлено високим рівнем захворюваності та смертності. Лікування хворих на ІХС, у відповідності до сучасних вимог, включає освіту пацієнтів, модифікацію способу життя, оптимальну медикаментозну терапію та лікування супутніх захворювань і станів, що мають негативний вплив на прогноз. Важливе значення має комплексна оцінка поширеності коморбідних захворювань, зокрема, серцево-судинної патології у хворих на ІХС.

Мета. Провести аналіз поширеності коморбідних захворювань серцево-судинної системи у військовослужбовців, хворих на ІХС (за даними історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ»).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки проведено аналіз 100 історій хвороб пацієнтів кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ» з діагнозом ІХС. Для дослідження вікових особливостей поширеності коморбідних захворювань серцево-судинної системи пацієнти були розділені на дві групи: I група – 40–50 років (45 пацієнтів), II група – 51–60 років (55 пацієнтів). 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. Результати проведеного дослідження засвідчили, що гіпертонічна хвороба була діагностована у 100% хворих I та II групи, що потребує уваги і адекватного лікування, позаяк, за результатами клінічних досліджень, у чоловіків віком 40–65 років ризик розвитку інфаркту міокарда підвищується у 2,5 рази при наявності артеріальної гіпертензії.

Атеросклеротичне ураження судин різної локалізації також підвищує ризик розвитку ускладнень у хворих на ІХС. За результатами нашого дослідження цереброваскулярні захворювання були діагностовані у хворих на ІХС I групи у $15,6 \pm 5,4\%$ та у $10,9 \pm 4,2\%$ – II групи ($p > 0,05$). Атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок було діагностовано у хворих I групи у $51,1 \pm 7,5\%$ та у $58,1 \pm 6,7\%$ – II групи ($p > 0,05$). Визначена нами висока частота атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок у хворих на ІХС потребує комплексного підходу щодо лікування, зокрема, необхідно враховувати, що у таких пацієнтів куріння є важливим чинником ризику, що потребує корекції.

ІХС є однією з основних причин розвитку серцевої недостатності. Серцева недостатність була діагностована у $97,7 \pm 2,2\%$ пацієнтів І групи та у $96,3 \pm 2,5\%$ пацієнтів ІІ групи. Серед пацієнтів І групи переважали хворі з ІІ стадією серцевої недостатності, а серед пацієнтів ІІ групи переважали хворі з І стадією серцевої недостатності, проте статистично достовірної різниці між групами не виявлено.

Висновки. Результати проведеного дослідження засвідчили значне поширення коморбідної патології у хворих на ІХС, які проходили лікування в НВМКЦ «ГВКГ». Не визначено статично достовірних відмінностей щодо поширення коморбідної патології у хворих на ІХС різних вікових груп. Найбільш поширеними були артеріальна гіпертензія (100%) та атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок.

РОЗЛАДИ СНУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

О. Воронін

Українська військово-медична академія, м. Київ

Сон завжди був предметом вивчення фізіологів, психологів і клініцистів. Незважаючи на велику кількість праць, присвячених цій темі, дотепер остаточно не з'ясовані функції та механізми сну, нема єдиної теорії, яка б пояснювала механізм виникнення сну. Розлади сну – одна з найбільш частих скарг, з якими зустрічається лікар загальної практики. Третина дорослого населення відчуває тимчасові чи постійні труднощі, пов'язані з розладами сну. Згідно з результатами одного з опитувань, проведеного в США у 2017 р. інститутом Геллапа, 36% дорослих людей мають проблеми зі сном, з них 9% є хронічними, а 27% – гострими. Як свідчать дослідження, проведені у Великій Британії під час пандемії, число людей, які мають проблеми зі сном, зросло з кожного шостого до кожного четвертого, що робить дану проблему актуальною.

Мета. Теоретично дослідити та проаналізувати рівень вивченості проблеми розладів сну у пацієнтів після перенесеного COVID-19 в сучасній медичній науковій літературі.

Матеріали та методи. На основі загальнонаукових методів: аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення визначити ступінь дослідженості проблеми розладів сну у пацієнтів після перенесеного COVID-19.

Результати та обговорення. Загальний термін «розлади сну» об'єднує декілька нозологічних груп (інсомнії, гіпо-, гіпер- і парасомнії), що складають сумарно 84 форми розладів сну. На думку відомого дослідника сну А.М. Вейна основну частку при розладах сну займає інсомнія, яку невірно називають безсонням.

Проблеми порушення сну вивчали зарубіжні дослідники Езри Тасалі, Мет'ю Уолкера, Жоель Адриан. Фахівці стверджували, що неякісний або недостатній сон, порушений через позмінну роботу або деякі інші зовнішні причини, посилює денну сонливість і призводить до широкого спектру змін усіх

нервових і ендокринних функцій, включаючи підвищений рівень гормонів стресу, когнітивні й обмінні порушення, зниження імунітету, підвищення ризику онкологічних і серцево-судинних захворювань.

Guidotti, T., Nom, M., Stanley, I., Rogers, M., Tzoneva, M., Bernert та ін. стверджували, що порушення режиму сну сприяє виникненню серцево-судинних хвороб, певного типу онкологічних захворювань, діабету, депресивних станів.

В Україні дослідженнями порушення сну займалися О. Сиропятов, Н. Дзеружинська, О. Друзь, Г. Костюк, О. Максименко та ін.

Останнім часом збільшується кількість публікацій щодо дослідження пацієнтів, які перенесли Covid-19 і мають розлади сну: в одному з госпіталів Мілану протягом місяця досліджувались на предмет психічних порушень 402 дорослих, які перенесли COVID-19. Результати, засновані на клінічних інтерв'ю та анкетах самооцінки, показали наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у 28% обстежених, депресії – у 31% випадків та тривожності – у 42%. Крім того, 40% пацієнтів мали безсоння, а 20% – obsesивно-компульсивні порушення.

Отримані дані мають посилити настороженість щодо психіатричних наслідків вірусу у фахівців, які спостерігають за хворими на COVID-19.

У статті, нещодавно опублікованій у журналі «Мозок, поведінка та імунітет», зазначається, що враховуючи значимий вплив інфекції Covid-19 на психічне здоров'я, сучасні уявлення про запальні процеси та сучасний досвід спостереження за важкими запальними процесами, що призводять до погіршення депресії, рекомендовано оцінити психопатологію людей, які перехворіли на Covid-19, і поглибити дослідження біомаркерів запальних процесів для діагностики та лікування у них психічних порушень. Також було встановлено, що жінки (які рідше помирають від Covid-19, ніж чоловіки) страждають від психічних порушень частіше. У пацієнтів з попередньо встановленими психіатричними діагнозами психічні порушення після перенесеного Covid-19 траплялись частіше, ніж у тих, які мали психіатрично необтяжливий анамнез. Дослідники зазначили, що наведені результати корелюють з проведеними раніше епідеміологічними дослідженнями. Вони вважають, що психічні наслідки можуть бути викликані «іммунною відповіддю на сам вірус або такими психологічними стресорами, як соціальна ізоляція, психологічний вплив нової важкої та потенційно смертельної хвороби, занепокоєння щодо зараження інших та стигматизації».

Дослідники повідомили, що отримані ними результати корелюють також з результатами попередніх досліджень щодо спалахів коронавірусів, включаючи SARS, де психічна захворюваність становила від 10% до 35% на стадії після перенесеної інфекції.

Висновки. Таким чином, під час проведенного нами теоретичного дослідження було зроблено висновок про недостатній рівень дослідженості проблеми розладів сну у пацієнтів після перенесеного COVID-19, а зазначене

дослідницьке питання потребує подальшого вивчення, конкретизації, узагальнення та застосування щодо військовослужбовців Збройних Сил України.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

НГУ ЗА 2018–2020 рр.

В.В. Гудима, Г.І. Гальченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Неінфекційні захворювання (НІЗ), також відомі як хронічні захворювання, як правило, мають тривалий перебіг і є результатом впливу комбінації генетичних, фізіологічних, екологічних і поведінкових факторів. НІЗ поширені у всіх вікових групах, всіх регіонах і всіх країнах.

Розвитку цих захворювань сприяють такі чинники як швидка і неорганізована урбанізація, глобалізація нездорового способу життя і старіння населення. Наслідки нездорового харчування та недостатньої фізичної активності можуть проявлятися в окремих людей у вигляді підвищеного кров'яного тиску, підвищеного вмісту глюкози в крові, підвищеного рівня ліпідів в крові й ожиріння.

Мета. Вивчити стан показників захворюваності військовослужбовців НГУ на неінфекційні захворювання за 2018–2020 роки.

Матеріали та методи. Статистичний аналіз первинних звернень з приводу неінфекційних захворювань різних категорій військовослужбовців НГУ за 2018–2020 роки. (Річний звіт про первинні звернення ГУ НГУ).

Результати та обговорення. В структурі первинних звернень військовослужбовців НГУ за 2018–2020 роки частка звернень з приводу НІЗ становить 49% (2018 р.), 55% (2019 р.), 54% (2020 р.).

В структурі первинних звернень військовослужбовців строкової служби НГУ у 2018–2020 роках частка звернень з приводу НІЗ наступна.

Найбільш розповсюдженими захворюваннями в структурі первинних звернень з приводу НІЗ серед військовослужбовців строкової служби НГУ були хвороби органів травлення 3716 (40%) – 4107 (33%) – 4327 (39%); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини 1120 (12%) – 2074 (17%) – 1813 (16%); хвороби шкіри та підшкірної клітковини 1520 (16%) – 2033 (16%) – 1756 (16%) відповідно в 2018, 2019 та 2020 р.р. При цьому статистично значиму зміну структури НІЗ протягом 2018–2020 рр. мали лише хвороби органів травлення та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($p < 0,05$).

Серед військовослужбовців за контрактом та офіцерів служби НГУ найбільш розповсюдженими захворюваннями були хвороби органів травлення 2153 (22%) – 2414 (24%) – 2227 (23%); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини 2124 (22%) – 2022 (20%) – 2165 (23%); хвороби нервової системи 1470 (15%) – 1669 (17%) – 1361 (14%) відповідно в 2018, 2019 та 2020 р.р.

При цьому статистично значиму зміну структури НІЗ протягом 2018–2020 рр. мали лише хвороби нервової системи та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($p < 0,05$).

Висновки. Медичні аспекти неінфекційних захворювань мають велику соціально-економічну значущість. Всі ці дані спонукають задуматись та впроваджувати в життя докорінно нові і дієві підходи до лікування та профілактики захворювань, а саме проголошення пріоритету превентивної медицини над лікувальною.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ ЗА 2018–2020 рр.

В.В. Гудима, Г.І. Гальченко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Хвороби органів травлення є шостою найпоширенішою причиною смерті у світі та у 2019 році призвели до 2,56 мільйонів смертей. В Україні ці недуги є третьою із п'яти основних причин смерті українців згідно з Висновками з дослідження Глобального тягара захворювань за 2019 рік.

Смертність від хвороб органів травлення серед населення України була зафіксована як одна з найвищих у світі. У національному масштабі в 1990 році було зафіксовано 16 845 смертей, що склало 2,7 % від загальної кількості смертей. У 2019 році цей показник збільшився майже вдвічі – зафіксовано 30 239 випадків, що складає 4,3 % від загальної кількості смертей.

Мета. Вивчити стан показників захворюваності військовослужбовців НГУ на хвороби органів травлення за 2018–2020 рр.

Матеріали та методи. Статистичний аналіз первинних звернень з приводу хвороб органів травлення різних категорій військовослужбовців НГУ за 2018–2020 роки. (Річний звіт про первинні звернення ГУ НГУ).

Результати та обговорення. Структура первинних звернень військовослужбовців за контрактом та офіцерів НГУ з приводу хвороб органів травлення у 2018, 2019, 2020 роках змінюється з 15% (2018), 15% (2019), 14% (2020) ($p < 0,05$) і незмінно посідає 2 рейтингове місце.

Найбільш розповсюдженими захворюваннями в структурі XI класу «Хвороби органів травлення» серед військовослужбовців за контрактом та офіцерів НГУ були: хвороби порожнини рота, що в 2018 році становили 50%, в 2019 році – 47%, в 2020 – 49%; хвороби стравоходу та шлунка в 2018 році – 31%, в 2019 році – 35%, в 2020 – 34% ($p < 0,05$).

Структура первинних звернень військовослужбовців строкової служби НГУ з приводу хвороб органів травлення у 2018–2020 роках зменшується з 17% до 15%: 17% (2018), 16% (2019), 15% (2020) ($p < 0,05$) і незмінно посідає 2 рейтингове місце.

Найбільш розповсюдженими захворюваннями серед військовослужбовців строкової служби НГУ в структурі хвороб органів травлення стали: хвороби порожнини рота, що в 2018 році склали 67%, 57% – в 2019 році та 60% – в 2020; хвороби стравоходу та шлунка в 2018 році – 18%, в 2019 році – 27%, в 2020 році – 23%, що являють собою статистично достовірну відмінність ($p < 0,05$).

Висновки. Згідно звітної документації та проведеного аналізу встановлено, що кількість первинних звернень з приводу захворювань органів травлення стабільно посідають 2 рейтингове місце.

Тема захворювань органів травлення дуже актуальна в сучасному світі. Тому потрібно проводити ефективну профілактичну роботу з військовослужбовцями для зменшення виникнень цих захворювань.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Д.О. Остапенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

За статистикою захворювання серцево-судинної системи утримують першість серед причин смертності населення планети. Вони є причиною 17 мільйонів смертей (29% від загальної кількості) щорічно. Україна посідає одне з перших місць серед країн Європи за рівнем захворюваності і смертності від хвороб системи кровообігу (ХОК). Актуальною ця проблема є для військової медицини, так як на сучасному етапі реформування Національної Гвардії (НГУ) зростають вимоги до стану здоров'я військовослужбовців. Важливе значення має дослідження динаміки захворюваності військовослужбовців НГУ з приводу ХОК та удосконалення їх профілактики.

Мета. Визначити медико-соціальне значення ХОК у військовослужбовців НГУ в сучасних умовах та оцінити поінформованість військовослужбовців щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи. Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань, за даними галузевої статистичної річної звітності (по формі 264А) проведено аналіз захворюваності органів кровообігу, за 2018–2020 рр., серед основних категорій військовослужбовців (офіцери, військовослужбовці за контрактом та солдати строкової служби) НГУ. Для дослідження поінформованості військовослужбовців щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань, проведено анкетне опитування 100 військовослужбовців, які проходили лікування у відділенні кардіології Центрального госпіталю МВС.

Результати та обговорення. Показники захворюваності органів кровообігу у офіцерів та військовослужбовців за контрактом у 2018 р. склали 31,74%, у 2019 р. – 32,89% і у 2020 р. – 27,72%. Серед військовослужбовців строкової служби ці показники склали у 2018 р. 3,75%, у 2019 р. – 7,51% і у

2020 р. – 7,12%. Найвищий рівень захворюваності військовослужбовців усіх категорій спостерігався в 2019 році. В структурі ХОК перше місце серед усіх категорій військовослужбовців, займає гіпертонічна хвороба (ГХ), на другому – ІХС, на третьому – гостра ревматична лихоманка. При цьому ГХ у 2019 році зазнала збільшення на 2,69%. Найвищі показники захворюваності органів кровообігу в 2019 році серед усіх категорій військовослужбовців можемо пов'язати з початком пандемії COVID-19. Хворі з COVID-19 мають підвищений ризик захворюваності ХОК, смерті та ускладнень. Вища захворюваність у офіцерів та контрактників, в порівнянні з строковою службою, пов'язана з різною віковою категорією. Солдати строкової служби – це категорія призовного віку до 27 років. У них група ризику нижча на захворювання ХСК, ніж у офіцерів.

Проведене нами анкетне опитування дозволило визначити поінформованість військовослужбовців щодо наявних у них факторів серцево-судинного ризику. Результати показали, що значна частина пацієнтів не знають величини артеріального тиску, маси тіла, рівня глюкози та холестерину (табл. 1).

Таблиця 1

Самооцінка військовослужбовцями факторів серцево-судинного ризику(%)

Показники	Чисельність (n=100)	
	Не знаю	Знаю
Зріст	16	84
Маса тіла	31	69
Обсяг талії	16	84
Рівень артеріального тиску	44	46
Рівень холестерину	26	74
Рівень глюкози	25	75

Особливої уваги потребує питання поширеності тютюнопаління. За результатами наших досліджень лише 26% пацієнтів не курять і не курили в минулому. На момент опитування палить 54%. При цьому 89% вважають, що тютюнопаління шкодить здоров'ю, 41% мають бажання кинути палити.

Проведена оцінка даних щодо фізичної активності. Встановлено, що для обстежених військовослужбовців характерна недостатня фізична активність. На запитання «Чи займаєтесь Ви фізичними вправами?» позитивні відповіді було отримано від 69% пацієнтів, негативні – від 31%. Оцінюючи за п'ятибальною шкалою виконання рекомендацій щодо здорового способу життя, більшість військовослужбовців оцінили себе на три бали.

Висновки. Зростання рівня ХОК починаючи з 2019 року може бути пов'язане з пандемією COVID-19, оскільки при цій патології спостерігається ураження серцево-судинної системи. Результати анкетного опитування військовослужбовців засвідчили недостатній рівень їх поінформованості щодо факторів ризику та низький рівень виконання вимог щодо здорового способу життя. Отримані результати обґрунтовують необхідність підвищення рівня

санітарно-просвітницької роботи серед військовослужбовців Національної Гвардії України.

**ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ
ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ:
ОБҐРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Р.С. Карабін, Т.В. Куц

Українська військово-медична академія, м. Київ

Більшість відділень клінічної радіології відзначили значне зростання кількості пацієнтів, які направляються на ультразвукове дослідження (УЗД), оскільки воно проводиться без використання іонізуючого випромінювання та приваблює своєю дешевизною. Тому, через великий попит на дане дослідження необхідно враховувати доцільність проведення ультразвукової діагностики та проведення спеціальної підготовки, адже існує небезпека перевантаження спеціалістів сонографічного дослідження через необґрунтоване призначення та наявності перешкод для візуалізації органів на необхідному рівні для діагностики. Тому лікарі, які призначають ультразвукове дослідження, зобов'язані ретельно розглядати його необхідність та надати рекомендації для спеціальної підготовки.

Мета. Визначити критерії призначення ультразвукового дослідження органів травлення військовослужбовцям та обґрунтувати рекомендації щодо підготовки хворих для підвищення діагностичної цінності дослідження.

Матеріали та методи. Було відібрано та проаналізовано 150 історій хвороб пацієнтів за період з 2018 по 2020 роки, які проходили лікування у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») в клініці гастроентерології з результатами УЗ обстеження, що було основним критерієм відбору для участі у дослідженні.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів становив 45 ± 21 рік. Серед 150 обстежених частка жінок склала 13,3% (20 осіб), чоловіків – 86,7% (130 осіб). 16,7% УЗ досліджень було призначено пацієнтам з патологією печінки, 38% – з патологією підшлункової залози, 14,7% – з патологією білі арної системи та 24% досліджень – хворим на езофагіти, виразкову хворобу шлунка, дванадцятипалої та товстої кишки. Також мали місце поодинокі випадки призначень сонографії хворим з новоутвореннями органів шлунково-кишкового тракту. У 23,3% випадках при УЗД, при візуалізації був виявлений метеоризм, що потребувало вивчення наявності та якості спеціальної підготовки до нього. Також згідно національному керівництву для лікарів, які направляють пацієнтів на радіологічні дослідження, призначення сонографії пацієнтам з патологією органів травної системи мають чіткі рекомендації та

доказовість, що дає нам змогу проаналізувати обґрунтованість призначення даного обстеження в нашій базі даних.

В результаті попереднього аналізу було заплановано встановити частоту та якість підготовки хворих перед УЗД органів черевної порожнини і встановити критерії призначення УЗД та обґрунтувати рекомендації щодо підготовки хворих залежно від стану пацієнта та клінічного перебігу захворювань органів травлення.

Висновки. Частіше УЗД призначають з патологією підшлункової залози, печінки та біліарної системи. В четвертій частині випадків спостерігається метеоризм, що вказує на незадовільну підготовку перед дослідженням. Подальший аналіз дозволить визначити значущість спеціальної підготовки пацієнтів до ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. На підставі отриманих даних заплановано визначити пріоритетні критерії для призначення хворим гастроентерологічного профілю ультразвукового дослідження лікарем загальної практики-сімейної медицини.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Р.С. Карабін, Т.В. Куц

Українська військово-медична академія, м. Київ

Відомо, що ультразвукове дослідження (УЗД) має вагомe місце в діагностиці патології шлунково-кишкового тракту. Саме тому через великий попит на дане дослідження необхідно враховувати доцільність проведення ультразвукової діагностики та проведення спеціальної підготовки, адже існує небезпека перевантаження спеціалістів сонографічного дослідження через необґрунтоване призначення та наявності перешкод для візуалізації органів на необхідному рівні для діагностики. Тому лікарі, які призначають ультразвукове дослідження, зобов'язані ретельно розглядати його необхідність та надати рекомендації для спеціальної підготовки.

Мета. Визначити критерії призначення ультразвукового дослідження органів травлення військовослужбовцям та обґрунтувати рекомендації щодо підготовки хворих для підвищення діагностичної цінності дослідження.

Завдання. Встановити частоту та якість підготовки хворих перед УЗД органів черевної порожнини і критерії призначення УЗД та обґрунтувати рекомендації щодо підготовки хворих залежно від стану пацієнта та клінічного перебігу захворювань органів травлення.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел; було відібрано та статистично проаналізовано 150 історій хвороб пацієнтів за період з 2018 по 2020 роки, які проходили лікування у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»)

в клініці гастроентерології, за багатьма критеріями, а саме: вік, антропометричні дані, клінічні прояви, фізикальний статус, лабораторна та інструментальна діагностика. Середній вік пацієнтів становив 45 років. З них 13,3% жінок та 86,7% чоловіків, яким було проведено УЗД внаслідок наявності супутніх діагнозів, скарг та/або лабораторних показів.

Результати та обговорення. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що показами до УЗД у 72% хворих були наявність болю або дискомфорту в животі з чіткою локалізацією, з них: в епігастрії – 47,3% випадків, у правому підребер'ї – 14%, лівому підребер'ї – 10% та в мезогастрії – 4%. Ще 54,7% пацієнтів зазначали характер болю, а саме: ниючий у 17,3%, тупий у 12,7%, оперізуючий у 11,3% та спастичний у 10,7% пацієнтів. Хворі відчували біль під час фізикального огляду в 51,3% випадків. 16,7% УЗ досліджень було призначено пацієнтам з патологією печінки, 38% – з патологією підшлункової залози, 14,7% – з патологією біліарної системи. У 24% хворих, з тих що скаржились на біль в епігастрії, при УЗД були знайдені дифузні зміни підшлункової залози у вигляді фіброзу, 19,7% мали збільшені розміри залози, у 35,2% пацієнтів були виявлені збільшені розміри печінки від 1 до 2 сантиметрів, у 69% підвищена ехогенність печінки та у 9,8% наявні вогнищеві зміни у вигляді кальцинатів, жовчний міхур в 60,5% був зміненої форми, товщина стінки більше 4 міліметрів спостерігалось у 2,8% випадків, стільки ж мали конкременти. 23,3% хворих скаржились на здуття живота. Для підготовки до УЗД у 56,7% випадків напередодні призначались ферментативні препарати, а в 4% випадків були призначені ентеросорбенти. Комбінацію препаратів двох вищеназваних груп призначали 4% хворих. У результатах проведеного УЗД в 45,3% пацієнтів не вдалося візуалізувати хвіст підшлункової залози, з них у 16,7% не проводилась профілактика метеоризму.

Висновки. Найчастіше УЗД призначалось пацієнтам з больовим синдромом в животі з локалізацією в епігастрії майже в половині випадків. При цьому в чверті цих хворих були знайдені дифузні зміни підшлункової залози у вигляді фіброзу та збільшені розміри залози, в третини були виявлені збільшені розміри печінки. У кожного четвертого пацієнта спостерігається метеоризм. В більшості випадків підготовка проводилась одним з ферментативних препаратів та рідко – ентеросорбентами і їх комбінацією. В майже половині хворих не вдається візуалізувати хвіст підшлункової залози, що потребує подальшого дослідження і удосконалення підготовки до УЗД.

УСКЛАДНЕННЯ З БОКУ ОРГАНІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

О. Шемчук, В. Коліхов

Українська військово-медична академія, м. Київ

Гостре ураження нирок (ГУН) – патологічний синдром, що розвивається раптово та характеризується тотальним грубим порушенням функції нирок, та є одним із поширених ускладнень у пацієнтів із COVID-19, що може спричинити летальний кінець. До основних причин ГУН, пов'язаних із COVID-19, належать дегідратація, поліорганна недостатність та вірусопосередковане травмування ниркових каналців, тромботичних уражень судин, розвиток гломерулонефриту та рабдоміолізу.

Мета. Теоретично дослідити та проаналізувати рівень вивченості проблеми ускладнень з боку органів сечовивідної системи у пацієнтів після перенесеного COVID-19 в сучасній медичній науковій літературі.

Матеріали та методи. На основі загальнонаукових методів – аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення – визначити ступінь дослідженості проблеми ускладнень з боку органів сечовивідної системи у пацієнтів після перенесеного COVID-19.

Результати та обговорення. Проблеми урологічних ускладнень у пацієнтів з COVID-19 вивчали зарубіжні дослідники Vinson Wai-Shun Chan, Peter Ka-Fung Chiu, Chi-Hang Yee, Yuhong Yuan, Chi-Fai Ng, and Jeremy Yuen-Chun Teoh. Ними було доведено, що приблизно у 8% пацієнтів із COVID-19 розвивалось ГУН, а летальність від нього досягала 93%. Цікавим був також опублікований вченими факт наявності коронавірусу у сечі пацієнтів навіть у випадках дворазового негативного ПЛР тесту.

Заслуговують на увагу презентовані у березні 2020 р. фахівцями Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) клінічні настанови щодо профілактики, діагностики та лікування гострого ураження нирок (ГУН) у пацієнтів з підозрою/підтвердженим інфікуванням COVID-19. Метою цих рекомендацій є оптимізація діагностики ГУН спеціалістами первинної ланки, визначення подальшого маршруту лікувально-діагностичної допомоги, підвищення ефективності терапії та зниження ризиків ускладнень у пацієнтів із ГУН та підозрою/підтвердженим COVID-19.

Слід зазначити, що спеціалісти лікарні в місті Нінвеллс (Шотландія) здійснили крупний дослідницький проект щодо довгострокових наслідків Covid-19. Окрім наслідків хвороби з боку серцево-легеневої системи вони звернули увагу і на ускладнення з боку органів сечовивідної системи. Лікар **Саміра Белл** – нефролог, яка входила у дослідницьку групу, навела дані про те, що в багатьох європейських країнах лікарі були неприємно вражені кількістю пацієнтів, які потребували діалізу під час лікування Covid-19 в реанімації. За її

даними таких пацієнтів серед важких хворих налічувалось приблизно біля 30%.

В Україні дослідженнями ускладнень з боку органів сечовивідної системи займаються О. Корж, Д. Іванов, М. Колесник та ін.

Останнім часом збільшується кількість публікацій щодо дослідження пацієнтів, які перенесли Covid-19 і мають ускладнення з боку органів сечовивідної системи: європейське дослідження ERACODA, основною метою якого було вивчення клінічного перебігу COVID-19 та результатів, включно з госпіталізацією та смертністю пацієнтів, які отримували нирково-замісну терапію. Результати дослідження свідчать про те, що смертність від COVID-19 становить 23% у пацієнтів на діалізі та 17% – з трансплантацією нирки. Щодо пацієнтів без хронічної хвороби нирок (ХХН) результати іншого дослідження свідчать про виникнення гострого ураження нирок у 36,6% хворих на COVID-19. Важливо також те, що зі зниженням функції нирок смертність при COVID-19 на тлі ХХН та у разі прийому інгібіторів АПФ зростає більше, ніж у разі прийому блокаторів рецепторів АПФ; створено світові рекомендації щодо лікування хворих на COVID-19 з точки зору нефрології. Згідно з цими рекомендаціями лікарям не варто скасовувати іРААС та цитостатичні препарати; так само не варто і підвищувати дози глюкокортикоїдів. Однак не слід допускати і дегідратації у пацієнта, а у своїх діях керуватись офіційними рекомендаціями, а не особистою думкою.

Висновки. Таким чином, під час проведеного нами теоретичного дослідження було зроблено висновок про недостатній рівень дослідженості проблеми ускладнень з боку органів сечовивідної системи у пацієнтів після перенесеного COVID-19, а зазначене дослідницьке питання потребує подальшого вивчення, конкретизації, узагальнення та застосування щодо військово-службовців Збройних сил України.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

М.Г. Луценко, С.Б. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

В сучасних умовах істотно підвищилися вимоги до особистісно-професійних якостей військовослужбовців. Ефективне виконання бойових завдань визначається не тільки інтелектуальними та фізичними можливостями людини, а й здатністю її виявляти відповідальність, самостійність, емоційновольову стійкість, гнучкість, уміння приймати рішення та бажання продуктивно взаємодіяти з іншими членами військового колективу в умовах постійно зростаючого психічного напруження і втоми. Високі вимоги до професійних і психофізіологічних якостей військовослужбовців підтверджує бойовий досвід, якого набув особовий склад Збройних Сил України за роки війни на сході

України. Досвід проведення ООС переконливо показав, що в умовах сучасної війни ефективно використання військ (сил) визначається не тільки результатами підготовки особового складу, а перш за все – психологічними якостями військовослужбовців, прогнозом їх психологічних можливостей (стресостійкістю) в бою, можливістю їх психіки до відновлення після дії факторів бойового середовища.

Мета. Провести порівняльний аналіз 3-річної динаміки показників первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки (клас 5 МКХ 10) різних категорій військовослужбовців ЗСУ.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел; статистичний аналіз показників госпіталізації з приводу розладів психіки та поведінки серед військовослужбовців ЗС України за період 2017–2019 рр. Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були опрацьовані звіти військових госпіталів та військово-мобільних госпіталів ЗСУ (форма 3/мед) по основним показникам їхньої діяльності. Спектр досліджень включав Клас 5 – Розлади психіки та поведінки.

Результати та обговорення. Показник випадків госпіталізацій в структурі загальної захворюваності з приводу розладу психіки та поведінки за 2017–2019 роки у військові госпіталі (ВГ) ЗСУ склав у 2017 році 9,43%, 2018 році – 26,43%, та у 2019 році – 23,42%. У структурі всіх класів хвороб МКХ 10 клас 5 за 2019 р. складає 3,26%. У структурі захворюваності класу 5 МКХ 10 у 2019 р. розлади психіки займають 19,50%, невротичні розлади – 70,50%, інші синдроми – 5,08%, розлади внаслідок вживання алкоголю – 4,92%.

Висновки. Таким чином, було виявлено, що частка військовослужбовців з розладами психіки та поведінки в структурі усіх хвороб, посідає вагоме місце, що обумовлює необхідність впровадження нових профілактичних заходів для запобігання розвитку даних захворювань.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ ТРИРІЧНОЇ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

М.Г. Луценко, С.Б. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на даний час на планеті живе понад 450 млн людей, які страждають на ті чи інші психічні розлади, близько 15% жителів планети мають потребу у швидкій психіатричній допомозі та лікуванні психічних захворювань. Останнім часом ситуація щодо психічного здоров'я населення світу має тенденцію до погіршення і входить до числа найбільш серйозних проблем, що постали перед усіма країнами світу і зокрема Європейського регіону (ЄР), оскільки в той чи інший період життя проблеми психічного здоров'я виникають принаймні в кожній четвертій

людини ЄР, і Україна не є винятком, до того ж виключно система охорони здоров'я не здатна забезпечити психічне здоров'я громадян: занадто багато чинників, які його формують, знаходяться поза сферою її діяльності, тому для повноцінної охорони психічного здоров'я обов'язково потрібна підтримка всіх державних секторів і держави в цілому.

Мета. Оцінити структуру санітарних втрат під час війни на предмет розладів психіки та поведінки у військовослужбовців, а також оцінити розлади психіки та поведінки у структурі інших проблем зі здоров'ям під час воєнних дій.

Матеріали та методи. В основу роботи було покладено результати статистично опрацьованих даних, взятих з медичних звітів (форма 3/мед) військових та військово-мобільних госпіталів (ВГ) та (ВМГ) за 2017–2019 рр.

Результати та обговорення. За даними статистики психіатричні втрати в театрі воєнних дій складають від 6,6% до 12,7% від чисельності військ і до 30% від загальної кількості санітарних втрат. Крім того бойові стресові розлади спостерігаються у 20–30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів. У фізично травмованих осіб встановлено такі невротичні розлади: розлади адаптації (84,4%), короткотермінова депресивна реакція (23,3%), пролонгована депресивна реакція (8,3%), змішана тривожна та депресивна реакція (64,3%), змішані розлади емоцій і поведінки (3,6%), гостра реакція на стрес (10,3%) і ПТСР (5,8%).

Висновки. Проведений аналіз структури санітарних втрат на предмет розладів психіки та поведінки серед військовослужбовців ЗСУ свідчить, що дана паталогія зустрічається досить часто, а саме близько 30%, тому є велика необхідність проводити лікувально-профілактичні роботи з військовослужбовцями як під час воєнних дій, так і після них.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ РАДІОІЗОТОПНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВЕРИФІКАЦІЇ НАСЛІДКІВ КОНТУЗІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ

Т.В. Михалик

Українська військово-медична академія, м. Київ

Черепно-мозкова травма та її віддалені наслідки є однією з найбільш частих причин втрати працездатності та інвалідизації осіб молодого віку. Протягом останніх років у зв'язку зі змінами характеру бойової травми, веденням гібридної війни спостерігається збільшення частоти випадків ЧМТ (до 30–40%). Після гострого періоду перенесеної контузії у частини хворих можуть виникнути явища посткомоційного синдрому, а у 3% постраждалих формується помірна інвалідизація. На сьогоднішній час розуміння взаємозв'язків когнітивних розладів із патогенетичними чинниками є недосконалими, а тому і надалі варто продовжувати розробку діагностичних критеріїв задля об'єктивізації наслідків ЧМТ у віддаленому періоді, що, у свою чергу, посприяло б вдосконаленню проведення лікувальних і реабілітаційних заходів.

Мета. Об'єктивізація і кореляційний аналіз між показниками фізичного і психічного здоров'я та морфо-функціональними змінами, визначеними методом ОФЕКТ, задля підвищення ефективності комплексу діагностичних заходів для верифікації наслідків перенесеної контузії головного мозку у віддаленому періоді і розробки в подальшому максимально ефективної тактики лікування, реабілітації та профілактики виникнення неврологічної симптоматики.

Матеріали і методи. *Предмет дослідження:* зміни показників фізичного та психічного здоров'я у військовослужбовців, які мають в анамнезі контузію, структурно-функціональні зміни головного мозку (за даними ОФЕКТ), та у групі порівняння. Для оцінки та аналізу проводилось порівняння змін показників фізичного та психічного здоров'я у військовослужбовців, структурно-функціональних змін головного мозку (за даними ОФЕКТ) та їх порівняння, використовувались статистичні методи (описова статистика, корелятивний, дисперсійний багатофакторний аналізи).

Результати та обговорення. Найчастішими ознаками порушення ментального здоров'я у пацієнтів з віддаленими наслідками контузії є: гіпертривозність – 81,3%, зниження настрою – 75,0%, порушення здатності до концентрації і уваги – 65,6%. Часто супутньою патологією є посттравматичний стресовий розлад (у 75,13%), а також когнітивні порушення (згідно шкали MMSE у 15 осіб – легкі когнітивні порушення, у 9 – помірні, у 1 – деменція легкого ступеня). Також характерною є вегетативна дисфункція за шкалою Вейна. Відмічається залежність інтенсивності проявів дистонії під час перебування в зоні ООС. При дослідженні результатів ОФЕКТ визначено, що найчастіше зміни перфузії у осіб з постконтузійним синдромом виникають у лівій половині голови, а, якщо враховувати ділянки головного мозку, то найбільше змін перфузії в лобних ділянках (96,88%), а найменше в мозочку – 9,38%, коливання показників обсягу гіпоперфузії – від 12,24 см³ до 26,56 см³, коливання обсягу неперфузованих тканин – від 2,79 см³ до 9,39 см³.

Висновки. Згідно даного кореляційного аналізу між ОГ і показниками неврологічної симптоматики існує слабкий кореляційний зв'язок ($r=0,37309$), відтак сила і кількість проявів неврологічної симптоматики не залежить від ОГ ОНТ мозку. Між показниками вегетативної регуляції та ОГ за ОФЕКТ: $r=0,63926$ (зв'язок середньої сили), а отже сила і кількість вегетативних проявів незначно залежить від ОГ. Між показниками ментальної і ОГ: $r=0,92377$ (сильний зв'язок), що вказує на сильну залежність виникнення симптомів і обсягом гіпоперфузії. Ці дані підтверджують, що віддалені наслідки контузії проявляються переважно порушеннями психо-емоційної сфери і призводять до зниження когнітивних здатностей. Це виводить наслідки контузії в сферу медико-соціальних проблем та обґрунтовує необхідність розробки точних діагностичних критеріїв і, в подальшому, оптимізації нових програм лікування і реабілітації осіб, які отримали контузію.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ: ОБГРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ

О.О. Намісник, Т.В. Куц

Українська військово-медична академія, м. Київ

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) для сучасної медицини є актуальною проблемою, оскільки щорічно відмічається зростання поширеності даної патології. Високий рівень частоти випадків ФРБТ серед військовослужбовців негативно позначається на стані боєготовності та боєздатності Збройних Сил України (ЗСУ), що є особливо актуальним сьогодні, в умовах військового конфлікту на Сході країни. Саме тому дослідження ФРБТ у даній категорії пацієнтів є необхідним для удосконалення діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів задля збереження боєздатності військ.

Мета: визначення основних критеріїв оцінки особливостей клінічного перебігу, наявної супутньої патології при функціональних розладах біліарного тракту у військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях, з подальшою оптимізацією профілактичних заходів, ранньої діагностики на догоспітальному етапі та прогнозу їх подальшого перебігу.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було відібрано для подальшого ретроспективного аналізу 373 історії хвороб пацієнтів, які проходили лікування в умовах клініки гастроентерології та амбулаторної допомоги в НВМКЦ «ГВКГ» за 2017–2019 рр. зі встановленим діагнозом функціонального розладу біліарного тракту, як основного або як супутнього, що було основним критерієм відбору для участі у дослідженні. В подальшому всі пацієнти були розподілені на дві групи:

1 група – 69 осіб з ФРБТ, які приймали участь в бойових діях.

2 група – 303 військовослужбовця, хворих на ФРБТ, які не приймали участі в АТО/ООС. Серед обстежених першої групи частка жінок склала 4,4%, чоловіків – 95,6% осіб, в другій групі 17,1%, чоловіків – 82,9% осіб відповідно.

Результати та обговорення. Серед хворих I групи ФРБТ перебігали з функціональними розладами жовчного міхура в 65,22% випадків, функціональними біліарними розладами сфінктера Одді в 26,08%, функціональними панкреатичними розладами сфінктера Одді у 8,7% осіб. В другій групі – 76,97%– 11,84% – 11,19% відповідно.

В ході попереднього аналізу було виявлено, що найчастішою супутньою патологією при ФРБТ виступає хронічний гастродуоденіт, оскільки зустрічається в 28,99% осіб 1 групи та у 42,10% – другої, а також вагому частину складають наступні патології: ГЕРХ (1 група – 17,39%, 2 група – 15,7%), виразкова хвороба 12-палої кишки (1 група – 15,94%, 2 група – 14,8%), хронічний панкреатит (1 група – 10,14%, 2 група – 6,57%), виразкова хвороба шлунка (1 група – 5,8%, 2 група – 2,3%).

За результатами отриманих даних були поставлені наступні завдання запланованого дослідження:

1. Визначити особливості клінічних проявів різних типів ФРБТ у військовослужбовців, які брали участь в бойових діях.
2. Встановити основні діагностичні критерії різних типів ФРБТ у військовослужбовців та їх прогностичне значення.
3. Проаналізувати ефективність основних схем лікування різних типів ФРБТ у військовослужбовців, які брали участь в бойових діях.

Висновок: ФРБТ у військовослужбовців переважно розвиваються з дисфункцією жовчного міхура та біліарними розладами сфінктера Одді на фоні хронічного гастродуоденіту. Подальше дослідження дозволить визначити вплив факторів бойових дій на перебіг ФРБТ у військовослужбовців, визначити чіткі діагностичні особливості в обох досліджуваних групах з метою створення алгоритму діагностики, лікування та профілактики даної патології на ранніх етапах.

ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РІЗНИХ ТИПІВ ФРБТ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

О.О. Намісник, Т.В. Куц

Українська військово-медична академія, м. Київ

Напруженість психологічної обстановки в зоні бойових дій корелює з частотою виникнення та появою загострень багатьох хронічних патологій, серед яких функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) займають одне з перших місць.

Мета: оцінити частоту розвитку окремих видів ФРБТ серед військовослужбовців, які перебувають у зоні АТО та ООС. Визначення основних груп симптомів та супутньої патології, що найбільш часто супроводжує досліджуване захворювання.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження виступають пацієнти з ФРБТ, які знаходились в зоні АТО, ООС та військовослужбовці, що не брали участі у бойових діях в період 2017–2019 років. Загальна кількість пацієнтів складала 373 особи, з яких і було сформовано 2 групи, в подальшому з кожної групи, рандомним методом, було відібрано по 60 військовослужбовців. Таким чином групи були статистично однорідними. У I групі хворих (учасники АТО, ООС) середній вік склав $37 \pm 9,4$ роки, у II групі (військовослужбовці, які не приймали участь в бойових діях) – $39,9 \pm 16,16$ років.

Результати та обговорення. Найчастіше ФРБТ розвивались за наступними типами: функціональний розлад жовчного міхура в I групі в 58,33% випадків, в II – 48,33%. Крім того, досить велику частку і в першій, і в другій

групі займає функціональний розлад сфінктера Одді за біліарним типом у 33,33% і 28,33% відповідно.

Визначено, що больовий синдром характерний абсолютно для всіх пацієнтів. У групі військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях, найбільша частка, а саме 36,66% припадає на виражений больовий синдром, тоді як в другій групі військовослужбовців, які не брали участь в бойових діях, цей відсоток складає 13,33%. В другій групі, даний синдром характеризується незначними (43,33%) і помірними (43,33%) болями відповідно.

Диспептичний синдром в I групі (учасники АТО, ООС) найбільш виражений за рахунок таких симптомів як: печія – 56,66% і нудота – 36,66%, тоді як в другій групі (військовослужбовці, які не приймали участь в бойових діях) провідними симптомами були: нудота – 50% і зниження апетиту – 33,33%. Астено-вегетативний синдром в першій групі проявлявся швидкою втомлюваністю – 51,66%, порушенням якості життя – 48,33%, загальною слабкістю – 36,66% і зниженням працездатності – 30%, в другій групі на першому місці зниження працездатності у 43,33%, потім іде швидка втомлюваність і загальна слабкість – по 41,66% і вдвічі менший показник порушення якості життя – 23,33% в порівнянні з першою групою. Астено-невротичний синдром, основним симптомом якого була роздратованість, в першій групі становить 46,66%, в другій – 20% відповідно.

Висновок: Особливістю клінічного перебігу ФРБТ у хворих, які приймали участь в бойових діях, є більш виражений больовий синдром, диспептичний синдром у вигляді нудоти та печії. Під впливом постійного стресового фактору показник роздратованості був в 2,5 рази більший, швидка втомлюваність в 1,5 рази вища. Збройні конфлікти створюють негативний вплив на психологічне здоров'я військовослужбовців різних вікових груп, що простежується в яскравій вираженості клінічних проявів.

ПОШИРЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

І.О. Сорока, Г.З. Мороз

Українська військово-медична академія, м. Київ

Тривожні розлади є найпоширенішим видом психічних розладів, що виникають у хворих з соматичною патологією і можуть істотно впливати на якість життя. Тому важливе значення має комплексна оцінка поширеності коморбідної тривоги у військовослужбовців, які перебувають на лікуванні в умовах стаціонару.

Мета. Провести аналіз поширеності тривожних розладів у військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Головному військово-медичному клінічному центрі Державної прикордонної служби України (ГВМКЦ ДПСУ).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено анкетне опитування (з використанням шкали HADS) 100 військовослужбовців віком 20–40 років, які перебували на лікуванні у ГВМКЦ ДПСУ. Всі обстежені розділені на дві групи: I група – військовослужбовці, які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні (50 осіб); II група – військовослужбовці, які перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології. Окремо проведено аналіз виявлення тривожних розладів у військовослужбовців чоловічої (n=62) й жіночої статі (n=38); серед учасників АТО/ООС (n=37) та осіб, які не брали участь у бойових діях (n=63). 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. Результати проведеного дослідження засвідчили наявність тривожних розладів у $47\pm 5,0\%$ військовослужбовців, які перебували на лікуванні в ГВМКЦ ДПСУ: субклінічна тривога у $30\pm 4,6\%$, клінічно виражена тривога – у $17\pm 3,8\%$ ($p < 0,05$). Встановлено, що частота виявлення субклінічної та клінічно вираженої тривоги була достовірно вище у військовослужбовців, які перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології ГВМКЦ ДПСУ порівняно з тими, що лікувались у терапевтичному відділенні: I група – $28\pm 6,3\%$, II група – $66\pm 7,0\%$ ($p < 0,05$), що обумовлено більшою поширеністю субклінічної тривоги. Так, субклінічна тривога виявлена в I групі – $16\pm 5,2\%$, в II групі – $44\pm 7,0\%$ ($p < 0,05$); клінічно виражена тривога – у $12\pm 4,6\%$ та $22\pm 5,9\%$, відповідно. У військовослужбовців чоловічої статі субклінічну та клінічно виражену тривогу визначено у $48\pm 6,3\%$, жіночої статі – у $45\pm 8,1\%$ ($p > 0,05$). Субклінічна та клінічно виражена тривога була виявлена у $45\pm 8,2\%$ військовослужбовців-учасників АТО/ООС та у $46\pm 6,3\%$ осіб, які не брали участь у бойових діях ($p > 0,05$).

Висновки. Встановлено, що субклінічна та клінічно виражена тривога виявлена у $47\pm 5,0\%$ військовослужбовців, які перебували на лікуванні в ГВМКЦ ДПСУ: частота виявлення субклінічної тривоги була достовірно вище, ніж клінічно вираженої тривоги – $30\pm 4,6\%$ та $17\pm 3,8\%$, відповідно ($p < 0,05$). У військовослужбовців, які перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології, субклінічна та клінічно виражена тривога була достовірно частіше порівняно з військовослужбовцями, які лікувались в терапевтичному відділенні ГВМКЦ ДПСУ – $66\pm 7,0\%$ та $28\pm 6,3\%$, відповідно ($p < 0,05$). Не визначено різниці щодо поширеності тривожних розладів при порівнянні осіб чоловічої та жіночої статі та учасників АТО/ООС і осіб, які не брали участь у бойових діях.

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

І.О. Сорока, Г.З. Мороз

Українська військово-медична академія, м. Київ

Негативний вплив хронічного стресу в сучасних умовах реалізується зростанням непсихотичних психічних розладів, зокрема тривожних і депресивних розладів як серед військовослужбовців, так і населення в цілому. Тому важливим є дослідити поширеність депресивних розладів у військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні.

Мета. Провести аналіз поширеності депресивних розладів у військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Головному військово-медичному клінічному центрі Державної прикордонної служби України (ГВМКЦ ДПСУ).

Матеріали і методи. Методом випадкової вибірки було проведено анкетне опитування (з використанням шкали HADS) 100 військовослужбовців віком 20–40 років, які перебували на лікуванні ГВМКЦ ДПСУ. Всі обстежені розділені на дві групи: I група – військовослужбовців, які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні (50 осіб); II група – у відділенні ортопедії та травматології. Окремо проведено аналіз виявлення депресивних розладів у військовослужбовців чоловічої ($n=62$) й жіночої статі ($n=38$); серед учасників АТО/ООС ($n=37$) та осіб, які не брали участь у бойових діях ($n=63$). 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. Депресивні розлади визначені у $47\pm 5,0\%$ військовослужбовців, які перебували на лікуванні в ГВМКЦ ДПСУ: субклінічна депресія у $29\pm 4,5\%$, клінічно виражена депресія – $18\pm 3,8\%$ ($p<0,05$). Встановлено, що частота виявлення субклінічної та клінічно вираженої депресії була достовірно вище у військовослужбовців, які перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології, порівняно з тими, що лікувались у терапевтичному відділенні: I група – $40\pm 6,9\%$, II група – $76\pm 6,0\%$ ($p<0,05$), що обумовлено більшою поширеністю субклінічної депресії. Так, субклінічна депресія виявлена в I групі – $22\pm 5,9\%$, в II групі – $50\pm 7,1\%$ ($p<0,05$); клінічно виражена депресія – у $18\pm 5,4\%$ та $26\pm 6,2\%$, відповідно.

Депресивні розлади частіше виявлялись у осіб чоловічої статі, проте різниця була достовірна лише щодо субклінічної депресії – $36\pm 7,8\%$ та у $18\pm 6,2\%$ ($p<0,05$). Субклінічна та клінічно виражена депресія була у $41\pm 8,1\%$ військовослужбовців-учасників АТО/ООС та у $49\pm 6,3\%$ осіб, які не брали участь у бойових діях ($p>0,05$).

Висновки. Депресивні розлади виявлені у $47\pm 5,0\%$ військовослужбовців, які перебували на лікуванні в ГВМКЦ ДПСУ. У військовослужбовців, які

перебували на лікуванні у відділенні ортопедії та травматології субклінічна та клінічно виражена депресія була достовірно частіше порівняно з військово-вслужбовцями, які лікувались в терапевтичному відділенні – $76 \pm 6,0\%$ та $40 \pm 6,9\%$, відповідно ($p < 0,05$). Депресивні розлади частіше виявлялись у осіб чоловічої статі, проте різниця була достовірною лише щодо субклінічної депресії – $39 \pm 6,2\%$ та $18 \pm 6,2\%$ ($p < 0,05$). Не визначено різниці щодо поширеності депресивних розладів при порівнянні учасників АТО/ООС і осіб, які не брали участь у бойових діях.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

О.А. Томашевська, О.М. Ткаленко

Українська військово-медична академія, м. Київ

За даними наукової літератури серед учасників локальних війн і збройних конфліктів 93% військовослужбовців потребують відновлювального лікування та реабілітації. Особливо потребують комплексного підходу, аспекти фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Одним із негативних наслідків участі військовослужбовців у воєнному конфлікті є прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними досліджень виявлено, що ознаки ПТСР серед учасників Операції Об'єднаних Сил (ООС), які проходили лікування з приводу поранень, спостерігалися у 40% військовослужбовців. Це і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання.

Мета. Обґрунтувати необхідність удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України.

Матеріали та методи. Для дослідження психологічного стану 110 поранених військовослужбовців, які перебували на лікуванні у ВМКЦ ЗР в якості діагностичного психологічного тесту була використана Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР. Також з кожним пораненим проводилась психологічна бесіда (клінічне інтерв'ю). Всі пацієнти, які знаходились під спостереженням, отримали поранення в зоні проведення ООС. Вік пацієнтів коливався від 20 до 57 років, середній вік становив $35,3 \pm 7,1$ років. Переважна більшість поранених – 63 пацієнта (57,3%) отримали вогнепальне пошкодження; мінно-вибухову травму отримали 45 пацієнтів (40,9%); термічну травму отримали 2 пацієнта (1,8%).

Результати та обговорення. На основі аналізу результатів психологічного обстеження поранених встановлено наступне. Серед 110 обстежених у 39,1% (43 пацієнта) були виявлені ознаки ПТСР. У 60,9% (67 пацієнтів) поранених ознаки ПТСР не були виявлені. За результатами тестування було встановлено, що серед 43 пацієнтів, у яких було діагностовано наявність ПТСР, у 32 (29%) із них при підрахунку результатів кількість позитивних відповідей,

отриманих під час первинного скринінгу за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР, значно перевищувала «порогове» значення.

Наявність у 43 поранених ознак ПТСР підтверджують і результати проведеної з ними психологами психодіагностичної бесіди. Аналіз отриманих результатів дозволив виділити наступні групи психологічних ознак ПТСР у обстежених поранених. Серед ознак порушення психологічного стану переважна більшість поранених (45%) скаржились на порушення сну. Питома вага інших порушень психологічного стану у поранених з ПТСР розподілилась наступним чином: 34% скаржились на емоційну нестійкість; 31% – дратівливість, підвищену емоційність; 27% – нездатність розслабитись; 27% – погану концентрацію уваги; 20% – погіршення пам'яті; 11% – замкнутість, байдужість; 8% – пригнічений настрій.

Серед 67 поранених, у яких за даними тестування за Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР не було діагностовано наявність ПТСР, результати розподілились наступним чином. Переважна більшість даної категорії опитаних – 39 (58,2%) пацієнтів дали відповідь «так» на 3 запитання; 21 (31,3%) пацієнтів відповіли «так» на 2 запитання; 7 (10,4%) пацієнтів відповіли «так» на 1 запитання. Це і стало підставою для припущення відсутності у них ознак ПТСР, оскільки у жодного із 67 поранених не було відмічене перевищення «порогового» значення позитивних відповідей. Однак, необхідно зазначити, що під час проведення психологом з ними психодіагностичної бесіди, у всіх 67 поранених все ж таки були наявні скарги, що свідчать про зміни психологічного стану, однак не є достатніми для підтвердження наявності ознак ПТСР. Серед них переважали скарги на порушення сну; наявність дратівливості, підвищеної агресивності. Відсутність ознак ПТСР у 67 осіб з 110 обстежених поранених на нашу думку може бути обумовлена індивідуальними психологічними особливостями та особистісними якостями, типом нервової системи, професійною та психологічною готовністю.

Висновки. Участь у збройному конфлікті, отримане поранення є потужним стресовим фактором, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму, в тому числі і психологічних. Дана категорія пацієнтів потребує як медичної, так і психологічної реабілітації. Тому проблема відновлення фізичного і психологічного здоров'я військовослужбовців потребує поглибленого вивчення.

СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КІР СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ

А.Т. Сус

Українська військово-медична академія, м. Київ

Незважаючи на загальносвітову тенденцію з 1980 року до зниження захворюваності на кір, за останні роки можна відмітити значне зростання випадків захворювання в Україні. З січня 2018 по березень 2019 року Україна –

лідер серед країн у світі за кількістю випадків захворювання на кір. У 2018 році 64% від усіх зареєстрованих в Європейському регіоні ВООЗ випадків кору припали на одну країну – Україну. Це пов'язано із падінням кількості вакцинованих громадян протягом останніх років, зниженням популярності вакцинопрофілактики серед населення. Поширення неправдивої інформації щодо вакцин та їх ефективності і безпеки спровокувало масову відмову від вакцинації з боку громадян.

Мета – провести аналіз первинної захворюваності на кір серед особового складу військовослужбовців НГУ за 2018, 2019, 2020 роки.

Матеріали і методи. Матеріалами для дослідження були звіти військово-медичного управління Національної Гвардії України про первинну захворюваність серед військовослужбовців НГУ у 2018, 2019, 2020 роках. Методами є статистичні (непараметричні) методи, бібліосемантичний метод і метод системного підходу.

Результати та обговорення. Зазначимо, що особовий склад НГУ складається на 24% із військовослужбовців строкової служби і 76% із офіцерів і військовослужбовців за контрактом. Поширення вірусних інфекцій, що характеризуються ураженням шкіри та слизових оболонок серед колективів військовослужбовців НГУ, має постійний характер, і пов'язане із способом життя військовослужбовців, спільним проживанням, постійним контактом між собою та із громадянами під час несення служби. Проаналізувавши звіти за 2018, 2019, 2020 роки, маємо такі результати поширення кору та вітряної віспи (для порівняння).

У 2018 році первинна захворюваність на кір (B05) склала 457 випадків, із них 354 – це військовослужбовці строкової служби, 103 – офіцери та в/с за контрактом, на вітряну віспу (B01) захворюваність склала 375 випадків, із них 340 – це військовослужбовці строкової служби, 35 – офіцери та в/с за контрактом.

У 2019 році первинна захворюваність на кір (B05) склала 377 випадків, із них 239 – це військовослужбовці строкової служби, 138 – офіцери та в/с за контрактом, на вітряну віспу (B01) склала 486 випадків, із них 398 – це військовослужбовці строкової служби, 88 – офіцери та в/с за контрактом.

У 2020 році первинна захворюваність на кір (B05) склала 0 випадків, на вітряну віспу (B01) склала 352 випадки, із них 309 – це військовослужбовці строкової служби, 43 – офіцери та в/с за контрактом.

Зазначимо, що протягом 2019 року відбулася масова вакцинація особового складу вакциною КПК (від кору, паротиту і краснухи). Для цього застосовували вакцини «Пріорікс»/Priorix (виробник Glaxosmithkline Biologicals S.A., Бельгія).

Висновки. Аналіз первинної інфекційної захворюваності серед різних категорій військовослужбовців Національної Гвардії України показує, що захворюваність на кір (B05) з 2018 р. має значне падіння і в 2020 році не було зареєстровано жодного випадку захворювання. На відміну від захворюваності

на вітряну віспу (B01), що залишається поширеною інфекційною нозологією серед всіх категорій військовослужбовців НГУ. Таким чином, для зупинки інфекційного процесу найефективнішим способом є проведення масової вакцинації особового складу та цивільного населення.

СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАННЯ НА СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ (ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В, С ТА ВІЛ) СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ

А.Т. Сус

Українська військово-медична академія, м. Київ

Соціально-небезпечні хвороби вже давно перестали бути суто медичною проблемою. Ці захворювання становлять небезпеку для держави та усього суспільства. З кожним роком зростає захворюваність та смертність від цих соціально-небезпечних хвороб. Третина населення світу має ЛТВІ (латентну туберкульозну інфекцію). У світі маємо 9 мільйонів випадків активного ТБ та 2 млн смертей на рік. Захворюваність на 100 000 населення коливається від 3,6 (США) до 981 (Південна Африка) випадків. Туберкульоз та ВІЛ діють синергетично, щоб викликати важке захворювання у пацієнтів. Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оцінними даними на початок 2018 р. в країні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних людей. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн регіону. Віруси гепатиту вважаються одним з основних факторів ризику для здоров'я людства. Якщо ж говорити про Україну, то найчастіше реєструються вірусні гепатити А, В і С, зрідка – на фоні гепатиту В вірусний гепатит D, дуже рідко – «привозні» гепатит Е і ТТ.

Мета – провести аналіз випадків захворювання на соціально-небезпечні інфекції серед особового складу військовослужбовців НГУ за 2018, 2019, 2020 роки.

Матеріали і методи. Матеріалами для дослідження були звіти військово-медичного управління Національної Гвардії України про первинну захворюваність серед військовослужбовців НГУ у 2018, 2019, 2020 роках. Методами є статистичні (непараметричні) методи, бібліосемантичний метод і метод системного підходу.

Результати та обговорення. Комплектування Національної Гвардії України складається на 24% із військовослужбовців строкової служби і 76% із офіцерів і військовослужбовців за контрактом. Постійна зміна, призов і прийом нового особового складу приносить нові випадки соціально-небезпечних інфекцій серед військовослужбовців, також має значення постійна циркуляція цих інфекцій у суспільстві.

Проаналізувавши звіти за 2018, 2019, 2020 роки маємо такі результати поширення соціально-небезпечних інфекцій.

У 2018 році було 24 випадки захворювання на туберкульоз, із них серед 7 військовослужбовців строкової служби бактеріовидільниками були 4 особи, серед 17 офіцерів та в/с за контрактом, бактеріовидільниками були 6 осіб. Вірусного гепатиту В був 1 випадок серед військовослужбовців строкової служби, гепатиту С – 4 випадки серед офіцерів та в/с за контрактом. Вірусу імунодефіциту людини виявлено не було.

У 2019 році було 26 випадків захворювання на туберкульоз, із них серед 11 військовослужбовців строкової служби бактеріовидільниками були 4 особи, серед 15 офіцерів та в/с за контрактом, бактеріовидільниками були 9 осіб. Вірусного гепатиту В було 4 випадки серед військовослужбовців строкової служби, гепатиту С – 2 випадки серед офіцерів та в/с за контрактом. Вірусу імунодефіциту людини – 1 випадок серед військовослужбовців строкової служби, 2 випадки – серед офіцерів та в/с за контрактом.

У 2020 році було 14 випадків захворювання на туберкульоз, із них серед 4 військовослужбовців строкової служби бактеріовидільником була 1 особа, серед 10 офіцерів та в/с за контрактом, бактеріовидільниками були 6 осіб. Вірусного гепатиту В було 2 випадки серед військовослужбовців строкової служби, гепатиту С – 1 випадок серед військовослужбовців строкової служби та 3 випадки – серед офіцерів та в/с за контрактом. Вірусу імунодефіциту людини – 1 випадок серед військовослужбовців строкової служби.

Висновки. Кожного року реєструються нові поодинокі випадки соціально-небезпечних хвороб серед військовослужбовців НГУ, найбільш поширеним є туберкульоз, що створює особливу небезпеку при бактеріовидільній формі, що у 2018, 2019, 2020 році склали 10, 13, 7 випадків відповідно. Це пов'язано із спільним проживанням військовослужбовців та тісному контакті при виконанні завдань та несенні служби.

Захворювання на вірусні гепатити В, С та ВІЛ мали поодинокий характер.

ТРОМБОПРОФІЛАКТИКА ХВОРИХ НА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІ ПЕРЕДСЕРДЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОБґРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ

В.В. Мазурець, Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Негативні тенденції у погіршанні здоров'я населення України в основному обумовлені значною поширеністю серцево-судинних захворювань, що на 61,2% визначають рівень загальної смертності, чималий відсоток серед них складають аритмії, зокрема фібриляція передсердь (ФП). Саме ФП є найпоширенішим хронічним порушенням серцевого ритму в загальній популяції. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) захворюваність на ФП щорічно зростає, і за наступні 50 років очікується її подвоєння. Згідно зі статистичними даними в Україні понад 1,5 млн хворих з ФП.

Виникнення ФП є прогностично несприятливим, оскільки супроводжується збільшенням показників загальної та серцево-судинної смертності в 1,5–2 рази, підвищує ризик інсульту, частоту розвитку серцево-судинної недостатності, що складно піддається лікуванню і призводить до зниження якості життя пацієнтів. Клінічне значення ФП полягає в розвитку ускладнень. Небезпека пов'язана не тільки з погіршенням гемодинамічних показників роботи серця, але й з можливістю розвитку тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ), що у 75% випадків проявляються церебральною катастрофою – інсультом.

Тромбопрофілактика для запобігання ТЕУ посідає провідне місце в терапії пацієнтів з ФП. Численні клінічні дослідження переконливо підтвердили ефективність антитромботичної терапії у хворих на ФП. Довгий час основними представниками даної групи були антагоністи вітаміну К (АВК) – варфарин і аценокумарол, що мають високу ефективність. За результатами метааналізів терапія пероральними антикоагулянтами знижує відносний ризик розвитку інсульту на 64%, а застосування у лікувальних схемах варфарину знижує смертність на 26%. Останніми роками все ширше застосовуються так звані новітні пероральні антикоагулянти (НПАК), а саме прямі інгібітори тромбіну й інгібітори фактора Ха. Головна перевага їх порівняно з АВК полягає у відсутності необхідності постійного моніторингу параметрів коагулограми (міжнародного нормалізованого відношення) і меншій взаємодії з іншими лікарськими речовинами.

Мета. Порівняти обсяг та ефективність тромбопрофілактики серед пацієнтів із постійною формою ФП, які спостерігаються у військових лікувальних закладах, за даними 2017 та 2020 року та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації ведення таких хворих лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Матеріали та методи. Заплановано порівняння 2 груп пацієнтів, які проходили лікування у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») в 2017 та 2020 роках. I група – хворі на постійну форму ФП (I48 за МКХ-10), госпіталізовані до кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ» у 2017 році. II група – хворі на постійну форму ФП, госпіталізовані до кардіологічного відділення НВМКЦ «ГВКГ» у 2020 році.

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз таких основних клінічних показників як: вік, показник захворюваності на ішемічну хворобу серця, набуті вади серця, артеріальну гіпертензію, серцеву недостатність, аналіз супутньої патології та показників лабораторних методів дослідження. Основним об'єктом вивчення є аналіз антитромботичної терапії у хворих з постійною формою фібриляції передсердь, зокрема динаміки використання НПАК.

Результати та обговорення. Поставлено наступні завдання запланованого дослідження.

1. Провести комплексну оцінку пацієнтів з постійною формою ФП, зокрема визначити особливості антитромботичної терапії у хворих, які знаходились під спостереженням у військових лікувальних закладах у 2020 році
2. Провести порівняння отриманих результатів із такими за 2017 рік.
3. На підставі отриманих даних запропонувати шляхи покращання надання медичної допомоги ЛЗП-СМ пацієнтам із постійною формою ФП задля підвищення ефективності тромбопрофілактики

Висновки. Заплановане дослідження дозволить визначити якість анти-тромботичної терапії хворих з постійною ФП як невід'ємної складової їх ведення з метою ефективної профілактики ТЕУ. На підставі отриманих даних заплановано визначити шляхи покращання тромбопрофілактики у пацієнтів із постійною формою ФП та пріоритетні напрямки роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини при веденні такого пацієнта після повернення зі стаціонарного етапу на амбулаторний.

ТРОМБОПРОФІЛАКТИКА ХВОРИХ НА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В.В. Мазурець, Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішим хронічним порушенням серцевого ритму. За даними ВООЗ захворюваність на даний вид аритмій щорічно зростає. Основним ускладненням ФП є розвиток тромбоемболічних подій, зокрема інсульту. Спираючись на численні клінічні дослідження можна переконливо підтвердити ефективність антитромботичної терапії у пацієнтів з ФП. Враховуючи запровадження нових пероральних антикоагулянтів (НПАК), доцільно провести порівняння обсягу та ефективності тромбопрофілактики у пацієнтів з ФП, які перебувають на лікуванні у військових лікувальних закладах (зокрема в Національному військовому медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» – НВМКЦ «ГВКГ»), та визначити головні потреби та особливості ведення пацієнта з таким діагнозом після виписки зі стаціонару на амбулаторному етапі.

Мета. Порівняти обсяг та ефективність тромбопрофілактики серед пацієнтів із постійною формою ФП, які спостерігаються у військових лікувальних закладах, за даними 2017 та 2020 року та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації ведення таких хворих лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Матеріали та методи. Дизайн дослідження був описаний нами раніше. Відібрані методом суцільної вибірки пацієнти, які проходили лікування у НВМКЦ «ГВКГ» в 2017 та 2020 роках, та розподіленні на 2 групи відповідно до року обстеження: I група – 30 хворих з постійною формою ФП (2017 рік, 100% чоловіки), II група – 30 хворих з постійною формою ФП (2020 рік, 90%

чоловіки). Середній вік склав відповідно $72,4 \pm 1,9$ для I групи та $77 \pm 1,3$ роки для II групи.

Було проведено аналіз таких основних клінічних показників як: вік, показник захворюваності на ішемічну хворобу серця, набуті вади серця, артеріальну гіпертензію, серцеву недостатність, аналіз супутньої патології та показників лабораторних методів дослідження. Також проведений аналіз антитромботичної терапії. Результати проведеного аналізу щодо частоти виявлених ознак представлено у відсотках для всіх випадків обстеження, для абсолютних величин показників розраховано середню величину показника із розрахунком середньої похибки за загальноприйнятою методикою.

Результати та обговорення. Групи, що аналізували, в цілому за такими супутніми патологіями як ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, церебральна патологія та порушення функції щитовидної залози достовірно не відрізнялись. Статистично достовірні відмінності стосувались віку (II група «старша»), частоти виявлення систолічної дисфункції ЛШ (в II групі менша) та частоти виявлення дифузного зобу (в II групі менша).

При аналізі виконаних у 2017 та 2020 році пацієнтам з постійною формою ФП лабораторних спостережень у стаціонарі військового лікувального закладу виявлено наступні дані. Групи статистично відрізнялись лише за частотою визначення рівня калію в крові, що робили вдвічі частіше у II групі, що слід розглядати як позитивну динаміку, втім частота визначення рівня калію залишається заниженою – менше половини проаналізованих випадків. Також проведений аналіз свідчить про статистичну відмінність між групами у частоті визначення показників ліпідограми. Холестерол ліпопротеїнів високої щільності достовірно рідше визначали в II групі у 56,67% пацієнтів при частоті визначення цього показника в I групі – 76,67%, така ж картина спостерігалася при визначенні холестеролу ліпопротеїнів низької щільності. З електролітів крові, з найменшою частотою визначали показник калію, що є досить важливим при веденні пацієнтів з порушенням ритму, 23,3% та 46,67% відповідно в групах 2017 та 2020 років. Середній рівень глюкози крові натще в обох групах виходить за межі норми, $6,6$ ммоль/л та $7,12$ ммоль/л відповідно. Зокрема у пацієнтів II групи він перевищує показник критерію для встановлення цукрового діабету. Також звертає на себе увагу те, що середні значення міжнародного нормалізованого відношення на момент виписки пацієнтів зі стаціонару, залишаються нижчими за цільове $1,7 \pm 0,1$ та $1,61 \pm 0,1$ в I та II групі відповідно. Тобто, процес підбору ефективної дози варфарину лише розпочинається на стаціонарному етапі, а завершувати його мають лікарі загальної практики-сімейної медицини.

Проведений аналіз призначень антитромботичних та антитромбоцитарних препаратів на стаціонарному етапі пацієнтам з постійною формою ФП свідчить про кращу якість таких призначень у 2020 році, але й про певні тенденції, що мають бути враховані лікарями загальної практики-сімейної

медицини при наданні медичної допомоги таким хворим на амбулаторному етапі. Значна частина пацієнтів отримувала не пероральні антикоагулянти, а препарати антитромбоцитарної дії, використання яких вважається недостатнім для ефективної профілактики тромботичних ускладнень ФП. Так, антитромбоцитарна терапія була застосована у 18 пацієнтів (60%) в I групі, з них 6 пацієнтів (20%) отримували клопідогрель, та 12 пацієнтів (40%) отримували ацетилсаліцилову кислоту. В II групі використання антитромбоцитарних препаратів наступне: всього 8 пацієнтів (26,67%) отримували дані препарати, з них 7 пацієнтів (23,33%) отримували клопідогрель, та 1 пацієнт (3%) отримував ацетилсаліцилову кислоту. Залишається значна частка пацієнтів, які не отримували варфарин або рівароксабан, а саме 16,7% пацієнтів у 2017 році та 10% пацієнтів в 2020 році. Використання прямих пероральних антикоагулянтів, таких як рівароксабан, зросло з 3,33% пацієнтів в I групі до 16,67% пацієнтів в II групі, втім різниця не досягла статистичної значимості.

Висновки. Провівши аналіз основних клінічних показників та ефективності лікування хворих на постійну форму ФП та порівнявши отримані дані 2017 року з відповідними даними за 2020 рік, авторами роботи було запропоновано шляхи покращення надання медичної допомоги пацієнтам з ФП лікарями загальної практики-сімейної медицини, а саме.

1) Пацієнтам з ФП, які мають ознаки ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності, слід забезпечити контроль холестеролу ліпопротеїнів низької щільності на рівні, що відповідає індивідуальному серцево-судинному ризику, та своєчасно провести корекцію статинотерапії, за необхідністю долучити кардіолога з метою призначення комбінованої терапії.

2) У пацієнтів з постійною формою ФП, які спостерігаються у військових лікувальних закладах, після виписки зі стаціонару на амбулаторний етап спостереження слід з уважністю поставитись до стану вуглеводного обміну, визначати рівень глюкози натще, глікованого гемоглобіну, за необхідності направити пацієнта на консультацію до ендокринолога.

3) При використанні варфарину у якості антитромботичної терапії слід продовжити розпочате на стаціонарному етапі титрування препарату під контролем міжнародного нормалізованого відношення до досягнення цільових рекомендованих рівнів.

4) У кожного пацієнта з постійною ФП, який поступає зі стаціонарного етапу на амбулаторний, слід визначити та відобразити в діагнозі ризик тромботичних ускладнень та кровотеч за шкалами відповідно CHA₂DS₂-VASc та YAS-BLED.

5) Надати пацієнтові інформацію про прямі пероральні антикоагулянти, за можливості та згоди пацієнта обговорити з кардіологом перехід на таку терапію, що дозволить не проводити подальший постійний контроль міжнародного нормалізованого відношення.

б) У випадку синдрому «лабільного міжнародного нормалізованого відношення», неможливості досягти стабільних цільових значень показника міжнародного нормалізованого відношення з різних причин, рекомендувати розглянути разом із кардіологом перехід пацієнта на прямі пероральні антикоагулянти.

БОЙОВА ПСИХІЧНА ТРАВМА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

О.В. Микитин

Українська військово-медична академія, м. Київ

Участь української армії в «гібридній» війні, посилення стресогенності загальних умов життєдіяльності, соціальна необлаштованість, пандемія актуалізують питання щодо психологічної травматизації військовослужбовців. Нашарування перерахованих стресорних чинників на надмірне психічне та фізичне навантаження, зміну ритму життя, розлуку з родиною, статутним розпорядком дня, регламентованим режимом поведінки, необхідністю підкорятися, неможливістю усамітнитися, екстремальними умовами, підвищеною відповідальністю тощо висуває підвищені вимоги до стану психічного і фізичного здоров'я військовослужбовців.

Мета. Теоретично дослідити та проаналізувати зміст поняття бойової травми в сучасній науковій літературі, визначити дефініцію поняття «бойова травма військовослужбовця Збройних Сил (ЗС) України».

Матеріали та методи: на основі загальнонаукових методів: аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення визначити «бойову травму військовослужбовця».

Результати та обговорення. Досвід світових та локальних війн, збройних конфліктів та проведення миротворчих операцій у ХХ–ХХІ століттях свідчить про своєрідність величини, структури, динаміки санітарних втрат психологічного профілю. За даними українського науковця Олега Блінова в загальній структурі санітарних втрат розлади психіатричного профілю можуть дорівнювати 10–14% або 03–0,5% від чисельності особового складу, який брав участь в активних бойових діях.

Слід зазначити, що бойова психічна травма в 3–4 рази збільшує психічну захворюваність в армії і від 10 до 50% послаблює її боєздатність. Вона виникає внаслідок впливу бойових стрес-чинників (факторів) на центральну нервову систему, що обумовлює зміну поведінки постраждалого під впливом патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається наростання специфічної особистісної дисгармонії і виникнення патологічної реакції психіки військовослужбовця на стресогенний чинник.

Під час теоретичного аналізу нами було досліджено ряд визначень бойової психічної травми:

Згідно наказу Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил

України, ...» від 09.12.2015 № 702, *бойова психічна травма* – патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, яка постраждала, через патофізіологічні механізми.

За П. А. Корчемним *бойовий стрес (БС)* – багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної бойової обстановки, що супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Даний *стрес* є передпатологічним, дестабілізуючим станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій.

Як стверджував Шумков Г. Є *бойовий стрес* є наслідком виходу психологічної реакції військовослужбовця за межі «ситуаційної» норми. Він стверджував, що в екстремальних умовах частіше зустрічаються дезадаптивні реакції зі швидкоплинною мінливою картиною емоційно-афективних, рухливих і психовегетативних симптомів. Порівняно з адаптивними змінами розвиток дезадаптивних розладів перебуває в більшій залежності від індивідуальної стрес-уразливості.

На нашу думку з огляду на те, що бойова психічна травма має свій період послідовного розвитку та різну тривалість клінічних форм: травматичний стрес, гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), посттравматичний розлад особистості – можна запропонувати дефініцію поняття «*бойова психічна травма військовослужбовця*» – змінений стан психіки військовослужбовця, спровокований дестабілізуючим впливом бойових чинників на його психіку в умовах екстремальної бойової обстановки під впливом вичерпаного функціонального резерву організму, який може призводити до виникнення патологічного стану центральної нервової системи, що проявляється у наступних клінічних формах: реакція на важкий стрес і порушення адаптації, гостра реакція на стрес, ПТСР, розлад пристосувальних реакцій, реакція на важкий стрес не уточнена.

Висновки. Таким чином, нами теоретично досліджено та проаналізовано зміст поняття бойової травми в сучасній науковій літературі, визначили дефініцію поняття «бойова травма військовослужбовця».

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Д.В. Антонів, Л.А. Ренський

Українська військово-медична академія, м. Київ

Захворювання органів дихання становлять одну з найпоширеніших груп хвороб. У загальній захворюваності їх частка в різні роки становить від 53 до 41%. Погіршення здоров'я населення України в цілому проявляється в зниженні рівня здоров'я та адаптаційних можливостей організму призовників та військовослужбовців. Наслідком цього є додаткове навантаження на медичну

службу Збройних сил України (ЗСУ), що потребує вивчення реального стану захворюваності та поширеності хвороб, можливих особливостей клінічного перебігу захворювань у військовослужбовців.

Мета. Метою дослідження було вивчити особливості структури, поширеності захворюваності та розподілу хвороб органів дихання у військовослужбовців Збройних Сил України в часовому аспекті (в 2015–2019 рр.), порівняти їх з аналогічними показниками цивільної медицини, визначити їх медико-соціальне значення, оцінити якість надання медичної допомоги та запропонувати напрямки оптимізації.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі статистичного аналізу звітної медичної документації Збройних Сил України (Форма 3/МЕД), а також даних щодо розповсюдженості хвороб органів дихання і медичної допомоги хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні, Центру медичної статистики Національної академії медичних наук України, огляду вітчизняної та закордонної наукової літератури.

Результати та обговорення. Провівши аналіз Форми 3/МЕД «Медичний звіт за рік» у Збройних Силах України за 2015–2019 роки було встановлено однорідність структури пульмонологічної патології. Так перше місце займають гострі респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів (54–64%), друге – пневмонія (17–24%), третє – гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів (12–16%), четверте – хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів (4–5%), решту займають грип та плевральний випіт (<1%). В результаті дослідження було визначено поширеність хвороб органів дихання у військовослужбовців ЗСУ, що значно зросла з 128‰ у 2015 р. до 145‰ у 2016 р., після чого протягом кожного з наступних періодів відбувалося стабільне зменшення поширеності до 115‰ у 2019 році. За даними Центру медичної статистики Національної академії медичних наук України поширеність хвороб органів дихання в Україні у 2015 р. становила 214,7‰, у 2016 р. – 225,1‰, у 2017 р. – 214,7‰, що свідчить про вищу ефективність профілактичних заходів у Збройних Силах України. Також нами була встановлена середня тривалість лікування пацієнтів з хворобами органів дихання в ЛПЗ ЗСУ. Аналогічно поширеності спостерігається зростання тривалості лікування з 9,05 дня у 2015 р. до 9,46 дня у 2016 р., після чого протягом 2017 та 2018 років відбувалося зменшення до 9,27 та 9,03 дня відповідно, але у 2019 р. середня тривалість зросла до 9,59 днів.

Висновки. За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що хвороби органів дихання мають велике медико-соціальне значення, вимагають раннього виявлення і профілактики для збереження здоров'я військовослужбовців, зниження кількості працевтрат та звільнень з військової служби. А у зв'язку з епідемією гострої респіраторної коронавірусної хвороби COVID-19 пріоритетними заходами у напрямку подолання хвороб органів дихання в Збройних Силах України має бути не тільки продовження, а й суттєве збільшення фінансування наступних заходів:

інформування військовослужбовців з питань профілактики, виявлення та лікування хвороб органів дихання;

посилення контролю за лікуванням хворих на всіх етапах лікування;
удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників;
розвиток психосоціальної підтримки пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО МЕДИЧНОГО АБОРТУ ВІЙСЬКОВИМ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У МЕДИЧНОМУ ПУНКТІ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ

В.В. Бирюк

Українська військово-медична академія, м. Київ

Однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології є збереження репродуктивного здоров'я жінок. Саме тому помітне місце у структурі захворюваності в галузі належить медичному аборті. Кількість абортів за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління міністерства, за 2019 рік становить 74 тис. 606, з них 727 зроблено неповнолітнім особам.

Мета. Визначити особливості ведення жінок-військовослужбовців після проведеного медичного аборті військовим лікарем загальної практики у медичному пункті військової частини.

Матеріали та методи: аналіз відкритих наукових літературних джерел з питань ведення жінок-військовослужбовців після проведеного медичного аборті.

Результати та обговорення. Яким би щадним не був спосіб переривання вагітності, він все одно є серйозною психологічною та фізичною травмою, гормональним стресом і завжди має ризик розвитку серйозних ускладнень. Тому правильне ведення та реабілітація жінок-військовослужбовців, особливо першовагітних, які перенесли штучний аборт, є дуже важливим медичним завданням.

На сучасному етапі особливу увагу необхідно звернути не тільки на специфіку роботи військовослужбовців, а й постійну профілактику саме загальних ускладнень, – кольпітів, бактеріального вагінозу, хронічних запальних захворювань статевих органів, рубців на матці.

Висновки. За результатами аналізу літературних джерел існуюча система ведення жінок після аборті потребує удосконалення. Для попередження проблем зі здоров'ям жінок-військовослужбовців потрібне налагодження постійного медичного обстеження, підтримки морального та психологічного здоров'я. У кожному медичному пункті мають бути передбачені кабінети гінекологів та достатня кількість лікарів для обслуговування жінок-військовослужбовців. Це дозволить вчасно проводити профілактику, діагностику, надавати першу спеціальну допомогу.

ЛОКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

П.В. Федорич, Г.Ю. Курган, В.М. Кісілевський
Українська військово-медична академія, м. Київ

Інфекції, що передаються статевим шляхом, займають одне з провідних місць в сучасній практиці лікарів-дерматовенерологів. Структура захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, постійно змінюється. Інформація щодо таких змін допомагає правильно планувати клініко-діагностичні заходи в закладах надання спеціалізованої медичної допомоги відповідним хворим.

Мета. При проведенні локального дослідження визначити поширеність інфікування на збудники, що є найбільш клінічно значимими для сечостатевої системи хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні на сучасному етапі.

Матеріали та методи. За допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції було проведено обстеження на *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Human papillomavirus* високого ризику онкогенності та *Neisseria gonorrhoeae* біологічного матеріалу, отриманого в 2019 р з сечостатевих органів у групи пацієнтів, хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом, які проходили клініко-лабораторне обстеження на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, Україна. Обстежувалось 610 пацієнтів обох статей, в тому числі 297 (48,6%) жінок та 313 чоловіків (51,4%). Середній вік обстежених пацієнтів складав $31,0 \pm 3,5$ років.

Результати. Як показало локальне дослідження захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні, найбільш клінічно значимими для сечостатевої системи хворих на сучасному етапі є *Human papillomavirus* високого ризику онкогенності (53,2%), *Ureaplasma urealyticum* (48,77%), *Chlamydia trachomatis* (26,2%) та *Mycoplasma hominis* (21,1%).

Висновки. При плануванні проведення діагностичних обстежень хворих з інфекціями сечостатевої системи на сучасному етапі найбільшої уваги слід приділяти дослідженню на *Human papillomavirus* високого ризику онкогенності, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* та *Mycoplasma hominis*.

ДОСЛІДЖЕННЯ АВТОРСЬКИХ ПРАЙМЕРІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ДНК PENTATRICHOMONAS HOMINIS, TRICHOMONAS TENAX ТА GIARDIA LAMBLIA В БІОЛОГІЧНОМУ МАТЕРІАЛІ

П.В. Федорич, А.О. Мармелюк, Т.О. Король, А.В. Шиндер
Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета. Показати можливість та доцільність використання в медичній практиці авторських праймерів для виявлення ДНК збудників протозойних інвазій *Trichomonas tenax*, *Pentatrichomonas hominis* і *Giardia lamblia* в біологічному матеріалі.

Матеріали та методи. Для дослідження за допомогою секвенування використовувався біологічний матеріал 62 хворих на ПСШ, у яких за допомогою методу ПЛР в реальному часі в сечостатевої системі було виявлено *Trichomonas tenax*, *Pentatrachomonas hominis* або *Giardia lamblia*. Нуклеотидні послідовності, що були секвеновані, порівнювались з відомими за допомогою програмного забезпечення до приладу SOLID™ System 5500x1 (USA), а також бази даних GeneBank.

Результати та обговорення. Нуклеотидні послідовності, що були секвеновані, порівнювались з відомими нуклеотидними послідовностями досліджуваних мікроорганізмів за допомогою спеціальних комп'ютерних програм. Вони повністю співпали саме з нуклеотидними послідовностями *Trichomonas tenax*, *Pentatrachomonas hominis* або *Giardia lamblia*, відповідно до даних, що були отримані за допомогою ПЛР.

Висновки. Показано можливість та доцільність використання в медичній практиці авторських праймерів для виявлення ДНК *Trichomonas tenax*, *Pentatrachomonas hominis* і *Giardia lamblia* в біологічному матеріалі. За допомогою молекулярно-біологічних методів – полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі та секвенування показана специфічність досліджуваних праймерів. Доведено можливість їх використання в повсякденній практиці закладів охорони здоров'я.

ЛОКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА БАЗАЛЬНОКЛІТИННИЙ РАК ШКІРИ

П.В. Федорич, Ю.Р. Малаховська, С.П. Остапенко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Проблема базальноклітинного раку шкіри відноситься не тільки до медичних, а й до психологічних і соціальних. До факторів, що сприяють розвитку базаліоми, відносяться: підвищена інсоляція; дія іонізуючої радіації; дія різних токсичних речовин; світла шкіра; прийом антидепресантів; похилий вік; часті травми певної ділянки шкіри. Частина вказаних факторів асоціюється з певними умовами і особливостями несення військової служби. Базальноклітинний рак шкіри – захворювання, ріст показників якого фіксується в усьому світі.

Мета. Дослідити і проаналізувати динаміку захворюваності на базальноклітинний рак шкіри серед військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів з метою покращення планування клініко-діагностичних і лікувальних заходів у відповідних закладах Міністерства Оборони.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано на предмет гістологічно підтвердженого базальноклітинного раку шкіри дані 46214 пацієнтів – військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів, які звернулись в дерматологічний кабінет поліклініки НВМКЦ «ГВКГ» в період з 2016 року по 2019 рік.

Результати та обговорення. В 2016 році в дерматологічне відділення ГВКГ звернулось 13210 осіб. Базаліоми було виявлено у 177 з них (1,34%). В 2017 році – у 227 з 11892 (1,91%). За 9 місяців 2018 року – у 190 з 9558 осіб (1,99%). У 2019 році – 326 з 11554 осіб (2,8%).

Висновки. Проведене дослідження вказує на неухильне зростання захворюваності на базальноклітинний рак шкіри серед військовослужбовців ЗСУ та військових пенсіонерів. Пацієнтів з груп ризику з базальноклітинного раку шкіри слід заздалегідь забезпечувати у закладах військової охорони здоров'я спеціальними пам'ятками з метою профілактики цього захворювання.

АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ШКІРНІ ХВОРОБИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

В.С. Ніколайчук, П.В. Федорич

Українська військово-медична академія, м. Київ

Проблема патології шкіри сьогодні залишається актуальною для медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ). Стан госпітальної захворюваності на хвороби шкіри військовослужбовців в наш час набуває особливого значення з огляду на необхідність обґрунтування перерозподілу ресурсів між рівнями та формами надання медичної допомоги в ЗСУ.

Мета. Оцінити та проаналізувати сучасний стан госпітальної захворюваності на хвороби шкіри військовослужбовців Збройних Сил України.

Матеріали та методи. На базі НВМКЦ «ГВКГ» виконано одномоментне пасивне ретроспективне дослідження звітів ЗСУ (форма 3/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2017–2019 рр. за основними категоріями військовослужбовців, що різносторонньо характеризують стан здоров'я особового складу ЗСУ і підлягають динамічному спостереженню та аналізу, а саме: первинні звернення до медичного пункту, випадки госпіталізацій, кількість випадків вибуття з госпітальної ланки без зміни категорії придатності, визнання непридатності та обмеженої придатності до військової служби, кількість випадків переведень у інші лікувально-профілактичні заклади, кількість ліжко-днів, відпусток та летальність.

Результати та обговорення. Госпіталізацій з приводу дерматологічної захворюваності в структурі загальної госпітальної захворюваності у ВМГ за 2017 рік складав 10,2%, у 2018 році – 11,49%, у 2019 році – 7,05%. У динаміці показника долі госпіталізацій з приводу захворюваності на шкірні хвороби у ВМГ впродовж 2017–2018 років відмічене збільшення значення на 1,47%, з 2017 по 2019 рік – зниження показника на 4,44% ($p < 0,05$). Загалом з 2017 по 2019 рік відмічене зниження показника долі госпіталізацій з приводу дерматологічної захворюваності у ВМГ на 3,15% ($p < 0,05$). У динаміці показників долі госпіталізацій з приводу дерматологічної захворюваності у ВГ у 2018 році відмічене достовірне збільшення показника на 0,73% від рівня 2017 року, з наступним достовірним зниженням у 2019 році на 0,53% до значення 4,43%

($p < 0,05$). Загалом, відмічене статистично незначиме збільшення показника впродовж 2017–2019 років на 0,2% ($p > 0,05$).

У 2017–2019 роках доля госпіталізацій серед військовослужбовців ЗСУ була нижчою у ВГ ніж у ВМГ на 5,97%, 6,53%, 2,62% відповідно, що є статистично достовірним ($p < 0,05$).

Висновки. Зростання показників поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини веде до зміни в потребах надання медичної допомоги для окремих категорій дерматологічних пацієнтів та призводить до необхідності перерозподілу ресурсів між рівнями та формами надання медичної допомоги в ЗСУ.

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ВПРОДОВЖ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТУ ST

В.О. Дерев'янюк, Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є найбільш частою причиною смерті в Україні та світі. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним з найбільш поширених ССЗ і характеризується високими показниками захворюваності та смертності. Більше 7 млн людей вмирають щороку від ІХС, що складає 12,8% всіх смертельних випадків. Кожний шостий чоловік і кожна сьома жінка в Європі вмирають від інфаркту міокарда (ІМ). Частота випадків госпіталізації з приводу ІМ без елевації сегмента ST є різною у різних країнах-учасницях ЄС. На думку членів робочої групи Асоціації кардіологів України, можна припустити, що кількість випадків ІМ в Україні повинна складати 110–150 тис. щороку, з яких 1/3 можуть складати випадки гострого коронарного синдрому (ГКС) без елевації сегмента ST. Ці пацієнти зазвичай мають значне атеросклеротичне ураження коронарних артерій та дуже високий ризик повторних серцево-судинних подій, що визначає актуальність та надзвичайне значення лікувальних заходів після розвитку ГКС, зокрема їх проведення у закладах охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України.

Мета. Визначити якість проведення призначеної терапії та реабілітаційних заходів у пацієнтів із ГКС без елевації сегменту ST на електрокардіограмі (ЕКГ) в умовах реальної практики амбулаторних закладів охорони здоров'я МО України та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації амбулаторного ведення задля покращення прогнозу щодо повторних серцево-судинних подій та ускладнень у даних пацієнтів.

Матеріали та методи. Завдання дослідження.

1. Провести комплексну оцінку клініко-лабораторних даних та якості призначення терапії у хворих на ГКС без елевації сегменту ST на ЕКГ.

2. Визначити групу пацієнтів із серцево-судинними ускладненнями та кровотечами в перший рік після ГКС без елевації сегменту ST на ЕКГ та встановити можливі причини розвитку цих ускладнень.

3. Провести опитування хворих стосовно реальної картини прийому препаратів, призначених їм для постійного застосування, та виконання рекомендацій щодо диспансеризації та реабілітації.

4. На підставі отриманих даних визначити напрямки покращення ведення хворих з ГКС без елевації сегменту ST на ЕКГ, які знаходяться під спостереженням в амбулаторних закладах МО України.

Задля досягнення поставленої мети та визначених задач було проведено комплексну оцінку клініко-лабораторних даних та проаналізовано ефективність призначеної терапії у хворих з ІХС, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST (відібрано 100 пацієнтів) в середньому за 2 роки до оцінки, перебували на стаціонарному лікуванні та згодом знаходились на амбулаторному спостереженні у Національному військово-клінічному медичному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВКМЦ «ГВКГ») у період з жовтня 2018 р. по травень 2020 р.

Відповідно до мети та завдань дослідження була розроблена схема у вигляді таблиці, що включала такі основні показники як: вік, стать, дані супутньої патології, клінічні, лабораторні та інструментальні показники, ускладнення, функціональний клас стенокардії напруги/серцевої недостатності (СН), лікування, диспансеризація.

Результати та обговорення. Під час спостереження за пацієнтами після ГКС без елевації сегменту ST впродовж 2-х років повторних серцево-судинних подій (ІМ, інсульт, раптова смерть, госпіталізація з приводу гострої серцево-судинної події) не виявлено в жодному випадку. Кровотечі в анамнезі спостерігались у 5% хворих: 2% – кровотеча з виразки цибулини дванадцятипалої кишки, 3% – шлунково-кишкові кровотечі та жодного випадку внутрішньочерепних кровотеч.

Пацієнти отримували інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (67%, переважно еналапарил), бета-адреноблокатори (84%, переважно бісопролол), статини (94%, переважно аторвастатин), всі пацієнти отримували антитромботичну терапію, переважно ацетилсаліцилову кислоту та клопідогрель. Інгібітори протонної помпи, як засіб профілактики гастропатії, отримували 63% пацієнтів, планову ревазуляризацію при перкутанному коронарному втручанні проведено у 32% пацієнтів. У більшості пацієнтів заходи диспансеризації можна визнати достатніми (59%), кількість оглядів сімейним лікарем за рік склала один раз у 25% випадків, два рази – у 17%, три рази – у 18% та 4 та більше – у 40%.

Висновки. Спостереження за пацієнтами після перенесеного ГКС без елевації сегмента ST в цілому достатнє та ефективне, про що свідчить відсутність повторних епізодів у проаналізованих пацієнтів впродовж спостереження. Відсоток кровотеч з огляду на переважно подвійну антитромбоцитарну терапію є невисоким та склав лише 5%, не виявлено жодного випадку внутрішньочеревної кровотечі.

Проведене дослідження дозволило визначити якість та доцільність призначеної терапії на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування хворих з ГКС без елевації сегменту ST. На підставі отриманих даних визначено шляхи покращення амбулаторного спостереження та профілактики повторного розвитку серцево-судинних подій у пацієнтів із ГКС без елевації сегменту ST після повернення хворого зі стаціонарного лікування на амбулаторне спостереження до лікаря загальної практики-сімейної медицини.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

А.Б. Дмитренко, Л.А. Ренський

Українська військово-медична академія, м. Київ

За останні три-чотири роки спостерігається тенденція до збільшення числа жінок-військовослужбовців, які проходять військову службу у військових частинах бойового складу Збройних Сил України. Існуючі на сьогоднішній день зміни у законодавстві значно розширюють можливості жінок до обрання військової спеціальності та посади. Вивчення клініко-патогенетичних особливостей хронічних запальних захворювань органів репродуктивної системи жінок-військовослужбовців, що займають вагому частку в структурі захворюваності та працевтрат, забезпечить оптимізування підходів до діагностики, лікування та профілактики зазначеної патології, зменшення працевтрат та звільнень за станом здоров'я жінок-військовослужбовців з лав Збройних Сил України.

Мета. Вивчення особливостей клінічної картини та патогенезу хронічних запальних захворювань органів репродуктивної системи для розробки рекомендацій щодо удосконалення їх профілактики у жінок-військовослужбовців.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі медичної документації жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів (ХЗЗСО), які знаходились на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (НВМКЦ «ГВКГ») та амбулаторних карток жінок-військовослужбовців, які перебували на амбулаторному лікуванні в клініці амбулаторно-поліклінічної допомоги НВМКЦ «ГВКГ» у період з 2019 по 2020 роки, аналізу сучасної вітчизняної та закордонної наукової літератури.

Результати та обговорення. За даними дослідження структури гінекологічної патології 78 жінок-військовослужбовців ЗСУ віком $25,74 \pm 4,33$ років встановили, що в структурі захворюваності жінок, які перебувають на військовій службі, найбільш розповсюдженими ХЗЗСО були хронічний сальпінгіт та оофорит (70,51%). Доля хронічного ендометриту склала 11,54%. Підгострий та хронічний кольпіт виявлені у 23,08% жінок. За даними проведеного аналізу медичної документації було виявлено, що 24,36% жінок-військовослужбовців

ЗСУ з ХЗЗСО знаходились на стаціонарному лікуванні, інші ж 75,64% знаходились на амбулаторному лікуванні. Кількість ліжко-днів становила $6,53 \pm 2,34$. В ході дослідження хламідійна і уреаплазмозова інфекції виявлені по 21,79% у досліджуваних жінок-військовослужбовців ЗСУ, у 48,72% досліджуваних виявлено мікоплазму. Інші збудники виявлені у 7,69% досліджуваних. Встановлено, що первинне безпліддя та епізоди невиношування були наявні у 23,08% досліджуваних жінок. У 88,76% досліджуваних жінок-військовослужбовців ЗСУ з ХЗЗСО спостерігався ендocerвіцит.

Висновки. Враховуючи отримані дані щодо розповсюдженості інфекцій, що передаються статевим шляхом у жінок-військовослужбовців ЗСУ, які звертались до НВМКЦ «ГВКГ» з приводу ХЗЗСО, необхідно проводити скринінг на «приховані» інфекції як під час призову на військову службу так і під час періодичних оглядів гінекологом при проходженні диспансеризації. Аналіз стану репродуктивного здоров'я жінок-військовослужбовців показав, що військова служба достовірно впливає на збільшення частоти хронічних запальних захворювань органів малого тазу. Раннє виявлення та санація уrogenітальних інфекцій у жінок-військовослужбовців призведе до відчутного зниження числа звернень та госпіталізацій з приводу ХЗЗСО.

ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПОПЕРЕЧНОЇ ПЛОСКОСТОПОСТІ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

А.І. Гаврецький, М.В. Коцан

Українська військово-медична академія, м. Київ

Захворювання кістково-м'язової системи є однією з найбільш поширених патологій в ЗС України. Біля 40% з них пов'язано з нижніми кінцівками, а особливо зі стопами. Статична деформація переднього відділу стопи є однією з поширених ортопедичних патологій, найбільш часто зустрічається у жінок, причому спостерігається «омолодження» цієї проблеми. Частота поперечної плоскостопості, на думку ряду авторів, досягає 80% серед представників жіночої статі і до 45% – у чоловіків.

Зазначена патологія в поєднанні з іншими статичними деформаціями переднього відділу стопи викликає значні функціональні розлади і біль, що в поєднанні з неможливістю використання звичайного взуття значно ускладнює військову службу.

Поперечна плоскостопість має обтяжуючий характер, що при високих навантаженнях різко збільшує можливість для виникнення перенавантажувальної хвороби нижніх кінцівок аж до розвитку маршового перелому при перших марш-кидках в ЗСУ.

Оскільки частота поперечної плоскостопості за даними деяких авторів досягає 45% то актуальність дослідження розповсюдження його в лавах ЗСУ

має провідне значення для формування планів профілактики і обґрунтування військово-лікарської експертизи.

Мета: провести аналіз даних, отриманих у військовослужбовців строкової служби з визначенням розповсюдженості поперечної плоскостопості як основної передумови в розвитку «маршового перелому стопи».

Матеріали і методи. В різних військових частинах було випадково взято окремі вибірки військовослужбовців різного року строкової служби кількістю 90 чоловік. Серед них було проведено тестування за скаргами на біль, огляд стоп з виявленням типових прессорних маркерів, а також кутового відхилення 1-го пальця в горизонтальній проекції. Отримані дані проаналізовано й статистично обробляються.

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз можливих причин прогресування ознак поперечної плоскостопості під час проходження військової служби в ЗС України.

Результати та обговорення. Був проведений аналіз по основному цифровому показнику – кутовому вальгусному відхиленню 1-го пальця стопи, біля 30% військовослужбовців мали кут більше 15 градусів, що відповідає першому ступеню патології, біля 14 – більше 16 до 24 відповідно, що притаманно 2-ому ступеню. Біль був у половини строковиків тільки після навантаження (крос, довга стройова підготовка). Класичні прессорні гіперкератози були майже в усіх учасників дослідження.

В ході дослідження звернули увагу на значущі відмінності кутового вальгусного показника на першому та другому роках служби, тобто перед демобілізацією із ЗС України. Частина хворих перейшла на другому році із хворих з 1-им ступенем до 2-го ступеня, також саме в цих хворих частіше відмічались больові відчуття після суттєвого навантаження.

Висновки. У майже половини військовослужбовців строкової служби були виявлені достовірні ознаки поперечної плоскостопості 1–2 ступеня, що збільшується залежно від строку служби.

У ряду хворих з 2-им ступенем даної патології при навантаженнях, що є звичними для військовослужбовців, розвивались больові відчуття в ділянках стоп та гомілок, що потребує розробки профілактичних та лікувальних методик.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

В.А. Кузь

Українська військово-медична академія, м. Київ

Психологічний аналіз дивіантної поведінки військовослужбовців у бойовій обстановці дає змогу зробити висновок про те, що негативні явища вживання алкогольних напоїв завжди присутні не тільки в тих підрозділах, що перебувають на лінії безпосереднього зіткнення з супротивником, але й на полігонах, в навчальних центрах та місцях постійної дислокації військових

частин. Нажаль випадки вживання військовослужбовцями Збройних сил (ЗС) України психоактивних, психостимулюючих та інших психотропних речовин, в тому числі і алкоголю, не є поодинокими. Зазначене знижує боєздатність військових підрозділів, ускладнює виконання службово-професійних задач, провокує виникнення прикрих випадків травматизації, що відбуваються у зміненому стані свідомості, тому питання алкоголізації військовослужбовців у ЗС України є надзвичайно актуальним.

Мета. Теоретично дослідити та проаналізувати зміст поняття «алкоголізація» в сучасній науковій літературі, визначити дефініцію поняття «алкоголізація військовослужбовця Збройних Сил (ЗС) України».

Матеріали та методи: на основі загальнонаукових методів: аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення визначити поняття «алкоголізації військовослужбовця».

Результати та обговорення. Проблеми алкоголізму привертають увагу багатьох науковців. Їх аналізу присвячено низку праць С. Болтівець, А. Гаджихмедова, Г. Заїграєва, В. Заславського, С. Климової, Н. Максимової, О. Минка, А. Шаповала та ін. Науковцями висловлювалися різні думки щодо причин існування розглядуваного явища, способів його попередження та дефініції.

Наукові роботи, спрямовані на вивчення девіантної поведінки особистості, здійснені Ц.П. Короленко, В.Д. Менделевичем, Н.М. Панасенко, Н.Ю. Максимовою, О.В. Двіжоною, Б.А. Леко, І.П. Лисенко, О.Т. Чередниченко. Вивчаючи проблему адикції як виду девіантної поведінки особистості, ознайомлюємося з працями, присвяченими різним аспектам цього соціально-психологічного явища. Зокрема, зміст і чинники адиктивної поведінки розглядають Н.В. Дмитрієва, Ц.П. Короленко, Н.С. Курек, І.П. Лисенко, Н.Ю. Максимова, В.Д. Менделевич та інші; Б.А. Леко, Б.М. Ткач, І.П. Лисенко, Н.М. Панасенко, О.В. Савчук, О.М. Чередниченко, Н.М. Апетик, О.В. Двіжона з'ясували прояви та види адикцій. Алкогольну залежність як вид адиктивної поведінки досліджували Н.Ю. Максимова, Н.Є. Завацька, Н.П. Бурмака та інші. Окремі шляхи та способи попередження uzалежненої поведінки представлені у роботах Б.М. Гузікова, Е.Г. Ейдемільера, І.А. Агеевої та інших науковців.

Під час теоретичного аналізу нами було досліджено ряд визначень алкоголізму та алкоголізації та запропоновано дефініцію поняття «алкоголізація військовослужбовця ЗС України», що представляє собою одну із найпоширеніших форм девіантної поведінки серед військовослужбовців і характеризується надмірним вживанням спиртовмісних напоїв до рівня, коли фізична залежність організму від алкоголю ще не сформована, під впливом зовнішніх або внутрішніх психотравмуючих чинників, з метою абстрагування від існуючої проблемної ситуації за рахунок тимчасової зміни стану свідомості; спроби психологічно вимкнутися із загрозової ситуації, подолати страх, забути про втрати.

Висновки. Таким чином, нами теоретично досліджено та проаналізовано зміст поняття алкоголізації серед військовослужбовців ЗС в сучасній науковій літературі, визначено дефініцію поняття «алкоголізація військовослужбовця ЗС України».

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ ПІД ЧАС СПАЛАХУ ГОСТРИХ ТОНЗИЛІТІВ В ОКРЕМОМУ ГАРНІЗОНІ (169 НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР СУХОПУТНИХ ВІЙСЬК ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ)

К.А. Луценко, Л.А. Ренський

Українська військово-медична академія м. Київ

Захворювання на гострий тонзиліт можуть реєструватись цілорічно як епідемічна захворюваність із зимовою сезонністю, так і у вигляді окремих епідемічних спалахів. За даними раніше проведених досліджень рівень захворюваності на гострий тонзиліт у військовослужбовців зростає в періоди, коли відмічається підвищення рівня захворюваності на гострий тонзиліт серед цивільного населення. Набагато частіше у військових колективах підвищення захворюваності на гострий тонзиліт спостерігається в періоди оновлення особового складу невдовзі після призову молодого поповнення або після ротації підрозділів на тактично важливих ділянках в районах виконання завдань за призначенням. Ускладнює ситуацію те, що останнім часом частіше реєструються випадки гострого тонзиліту, спричиненого нетиповими збудниками з високою резистентністю до сучасних антибактеріальних засобів.

Мета. Проаналізувати стан захворюваності серед військовослужбовців строкової служби на гострий тонзиліт на базі 169 Навчального центру Сухопутних військ Збройних Сил України за період з 2016 р. по вересень 2020 р., визначити наявність взаємозв'язку між спалахом гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВІ) та гострих тонзилітів (ГТ). На основі отриманих даних розробити та обґрунтувати протиепідемічні заходи для запобігання спалахам гострих тонзилітів, зниження працевтрат військовослужбовців, що буде мати позитивний вплив на якість підготовки фахівців у навчальних центрах.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали військовослужбовці строкової служби з навчальних військових частин 169 Навчального центру Сухопутних військ Збройних сил України, які були госпіталізовані в інфекційне відділення гарнізонного госпіталю з приводу ГТ (так як у них частка хронічного тонзиліту є меншою) та ГРВІ помісячно з 2016 року по вересень 2020 року. Результати бактеріологічного дослідження посівів з носоглотки військовослужбовців, хворих на ГТ, з визначенням чутливості до антибіотиків.

Результати та обговорення. На підставі проведеного аналізу отриманих даних виявлено, що захворюваність на ГТ у військовослужбовців 169 Навчального центру в 10 разів більша, ніж у Збройних Силах України в цілому за аналогічний період. Піки зростання рівня захворюваності припадають

на часові проміжки прийому молодого поповнення та формування колективного імунітету у військових колективах. За результатами проведеного кореляційного аналізу між показниками захворюваності на ГРВІ та ГТ виявлено наявність зв'язку між ГТ та ГРВІ ($p < 0,005$), при значенні коефіцієнта Спірмена у 0,46, що свідчить про прямий та помірний зв'язок за силою.

Аналіз даних бактеріологічного дослідження виділених культур із зіву хворих на ГТ військовослужбовців строкової служби свідчить про перевагу кокової флори (94,1%), а саме стрептококів, серед яких: перше місце посідає *Str. Pneumoniae*, друге – *Str. Pyogenes*. Серед стафілокової мікрофлори – *St. aureus*. Тест на чутливість до антибіотиків виявив низьку чутливість збудників до: цефтріаксону і цефотаксиму – 90% стійкості. Чутливість до азитроміцину склала 5–8%, доксицикліну – до 50%, пеніциліну і ампіциліну – 70%; до левофлоксацину – взагалі не чутливі.

Висновки. Комплекс протиепідемічних заходів у навчальних центрах під час спалахів ГТ повинен включати в себе вакцинацію від грипу молодого поповнення, яке прибуває на комплектування навчальних підрозділів. Препаратами вибору для антибіотикопрофілактики ГТ є антибіотики пеніцилінового ряду пролонгованої дії (біцилін 3–5), що доцільно вводити на початку появи перших хворих у підрозділі з врахуванням протипоказань. Активна робота медичної служби навчального центру та госпіталю відповідної адміністративно-територіальної зони відповідальності, спрямована на профілактику ГТ, може суттєво знизити показники захворюваності на гострий тонзиліт серед військовослужбовців строкової служби, мінімізувати кількість ускладнень, значно зменшити працевтрати та покращити якість підготовки фахівців для Збройних Сил України.

ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ

М.М. Суранович, Н.В. Галан

Українська військово-медична академія, м. Київ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є складною і, на жаль, дуже поширеною медико-соціальною проблемою, яка набуває особливої актуальності в умовах збройного конфлікту на Сході України.

Мета. Вивчити особливості черепно-мозкової травми при вогнепальних пораненнях.

Матеріали та методи. Дослідження виконане на клінічній базі Української військово-медичної академії в Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Для досягнення мети та виконання поставлених завдань було проведено аналіз 767 історій хвороб пацієнтів та відібрано 52 історії хвороби пацієнтів за 2017–2019 рр. зі встановленим діагнозом вогнепальної ЧМТ. Усі досліджувані

пацієнти були чоловічої статі. Серед обстежених за період 2017–2019 років в основному переважали військовослужбовці за контрактом – 38 осіб (75%). Офіцери ЗС України склали 25% (13 осіб). Найбільшу долю досліджуваних пацієнтів складали військовослужбовці, госпіталізовані з приводу вогнепальної ЧМТ у 2017 році – 50%, найменшу – у 2018 – 23,1%. 26,9% учасників дослідження отримували лікування у 2019 році, $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Аналізувалась поширеність видів вогнепального поранення, які отримували військовослужбовці з ВЧМТ – рикошетні, сліпі, дотичні та наскрізні. За період 2017–2019 років серед пацієнтів з ВЧМТ переважали постраждалі від рикошетних ран, складаючи 55,77% від усіх поранень. Наступними за поширеністю були сліпі рани, що відмічались у 28,8% військовослужбовців. Рідше спостерігались дотичні ураження, що були виявлені у 9,63% обстежених, найменшу групу складали потерпілі від наскрізного поранення – 5,8% з обстежених.

Висновки.

1. За результатами оцінки показників шкали Глазго у пацієнтів з ВЧМТ за досліджувані роки найчастіше до стаціонару надходили хворі в стані сопору – 28,85% випадків, найрідше – в стані коми – у 3,82% випадків. З ясною свідомістю надійшли 13,46% пацієнтів, в стані помірного оглушення – 17,31%, глибокого оглушення – 19,23%, коми 1 – 7,7%, коми 2 – 9,62%.

2. Найбільше військовослужбовців з ВЧМТ надходили до стаціонару у важкому стані, вони складали 44,23% досліджуваної групи. Задовільний стан відмічався у 11,53% пацієнтів, середньої тяжкості – у 23,1%, у вкрай важкому стані перебували 17,3% військовослужбовців, у термінальному – 3,84% пацієнтів з вогнепальною ЧМТ.

3. Розлади емоційно-мнестичної сфери були відмічені у 86,54% пацієнтів, розлади моторних функцій спостерігались у 50% обстежених, вестибуло-атактичний синдром відмічався у 75% постраждалих, менингіальні знаки – у 63,5%, судомний синдром спостерігався у 36,54% військовослужбовців із ВЧМТ.

4. Превалювали вогнепальні поранення в ділянки лобної та тім'яної часток з однаковою частотою – 23,1%. Наступними за поширеністю були ділянки скроневої – 19,22% та потиличної – 17,3% часток. Рідше відмічались ураження в ділянку очної ямки та лобного синуса – у 5,76% військовослужбовців в кожному випадку. Ще рідше зустрічаються поранення в ділянку нижньої щелепи – у 3,84% та в ділянку соскоподібного виростка – в 1,92% постраждалих.

5. Серед пацієнтів з ВЧМТ переважали постраждалі від рикошетних ран, складаючи 55,77% від усіх поранень. Наступними за поширеністю були сліпі рани, що відмічались у 28,8% військовослужбовців. Рідше спостерігались дотичні ураження, що були виявлені у 9,63% пацієнтів, найменшу групу складали потерпілі від наскрізного поранення – 5,8% з обстежених.

6. У 61,54% досліджуваних пацієнтів відмічались ушкодження цілісності черепа, і в значно більшій долі пацієнтів (у 90,4%) були наявні позачерепні ушкодження.

7. Перважна більшість пацієнтів з ВЧМТ були виписані з покращенням стану, доля їх складала 82,7%, однак з них 67,4% військовослужбовців були визнані непридатними за станом здоров'я та звільнені з лав ВСУ, а 32,6% повністю одужали. Доля летальних випадків складала 17,3% за три роки.

8. Летальність залежала від виду ЧМП: збільшувалася від рикошетних до наскрізних ушкоджень черепа і ГМ. Стан таких пацієнтів переважно був вкрай тяжким або термінальним, негативний вплив мали обтяжуючі фактори у вигляді ураження цілісності кісток черепа та наявності позачерепних ушкоджень.

9. Серед пацієнтів з ВЧМТ найбільше спостерігалось хворих з субдуральними гематомами – 38,46%. Наступними були субарохноїдальні гематоми – 34,62%. Найменшу кількість склали епідуральні гематоми – 26,92%.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ GERX У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ

Р.В. Славінський

Українська військово-медична академія, м. Київ

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (GERX) є поширеною патологією з багатофакторним патогенезом. Провідним патогенетичним механізмом хвороби є патологічний гастроезофагеальний рефлюкс (GER). Він виникає внаслідок недостатності замикального механізму кардії (передусім неспроможності нижнього стравохідного сфінктера і грижі стравохідного отвору діафрагми), а наслідок його дії на слизову оболонку стравоходу визначається складом (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, лізолецитин, та ін.), тривалістю дії (адекватність стравохідного кліренсу) і власною резистентністю слизової оболонки. Сприяє виникненню GER підвищення внутрішньочеревного (наприклад, при ожирінні, вагітності, закрепі) або внутрішньошлункового (функціональної або органічної природи шлунковий або дуоденальний стаз) тиску.

Мета. Дослідити клініко-ендоскопічні особливості GERX у військовослужбовців-учасників ООС шляхом ретроспективного вивчення медичних карт стаціонарних хворих.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 120 військовослужбовців, хворих на GERX віком 20–55 років, які брали участь в Операції Об'єднаних Сил (ООС) не менше трьох місяців. В основну групу відібрано 50 хворих з GERX із супутнім дуодено-гастральним рефлюксом. (ДГР). Групу порівняння склали 70 пацієнтів без супутнього ДРГ. З метою оцінки особливостей GERX у поєднанні з ДГР вивчатимуться клінічні симптоми, анамнез хвороби, дані езофагоскопії, показники добового моніторингу рН стравоходу. Під час

оцінки скарг пацієнтів вивчаються типові симптоми ГЕРХ: печія, відрижка повітрям або кислим вмістом, одинофагія (біль за ходом стравоходу при ковтанні), а також будь-які інші скарги, що пред'являтимуть хворі.

Результати та обговорення. У клінічній картині ГЕРХ переважала печія, що спостерігалася у 59% хворих з основної групи і у всіх обстежених з групи порівняння. Нічна печія спостерігалася у 40% хворих з основної і у 23% з групи порівняння. Відрижка повітрям або кислим виявлена у 34% хворих основної групи, тоді як у групі порівняння на відрижку різної виразності скаржилися 43% осіб. На одинофагію скаржилися 12% хворих з основної групи і 43% з групи порівняння.

Серед інших скарг у пацієнтів із супутнім ДГР частіше, ніж у групі порівняння, спостерігалися гіркота в роті – 75% і 20%, шкрябання в горлі – 25% і 13,3%. Сухий кашель частіше спостерігався у хворих з основної групи – 15,6% і лише у 8,3% пацієнтів з групи порівняння. Посилена слинотеча турбувала однаково часто хворих обох груп – 9,3% і 6,6%. Під час вивчення анамнезу хвороби в групі хворих, із супутнім ДГР, частіше спостерігалися різні захворювання жовчного міхура: хронічний некалькульозний холецистит – у 9,3%, жовчнокам'яна хвороба – у 12,5%, холецистектомія – у 9,3%. Для хворих із супутнім ДГР характерні тривалі рефлюкси. Рефлюкси тривалістю понад 5 хв спостерігалися у 31,2% хворих з основної групи і лише у 23,3% – з контрольної. Середньодобова кількість рефлюксів понад 5 хв у хворих з ДГР становила $21,7 \pm 3,5$, в групі порівняння – в середньому $9,3 \pm 4,7$, що було вірогідно нижче ($p < 0,01$).

Висновки. Супутній ДГР є чинником, що обтяжує перебіг рефлюксної хвороби. У хворих з поєднаним ГЕРХ та ДГР спостерігаються інтенсивніші клінічні вияви, що погіршує якість життя пацієнтів. Хворих із супутнім ДГР частіше турбують гіркота в роті, шкрябання в горлі, сухий кашель. Для цієї групи пацієнтів характерні супутні захворювання жовчного міхура і хвороба шлунка.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

М.М. Муржа, О.М. Ткаленко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Висока поширеність хвороб органів травлення (ХОТ) в Україні, в тому числі й у військовослужбовців Збройних Сил (ЗУ) України, схильність до рецидивуючого перебігу й розвитку ускладнень зумовлюють необхідність динамічного дослідження їх захворюваності, госпіталізації, працевтрат та звільнення військовослужбовців та удосконалення методів профілактики.

Мета. Визначити медико-соціальне значення ХОТ у військовослужбовців в сучасних умовах.

Матеріали та методи. Медико-соціальне значення ХОТ для ЗС України ми оцінювали непрямим методом за прийнятими у військово-медичній службі статистичними показниками, що характеризують стан здоров'я військовослужбовців: захворюваність, госпіталізація, працевтрати, професійна дискваліфікація за станом здоров'я, звільнення та їх динаміку впродовж 2016–2020 рр. Були проаналізовані дані галузевої статистичної звітності по формі 2/МЕД та 3/МЕД за період 2016–2020 рр., інтегровані до автоматизованої інформаційної системи «Контингент».

Результати та обговорення. До захворювань, що мають найбільше медико-соціальне значення для Збройних Сил, належать психічні розлади, захворювання органів кровообігу та ХОТ. За результатами даних галузевої статистичної звітності по формі 2/МЕД за 2016–2020 рр. виявлено, що протягом вищевказаних років серед усіх категорій військовослужбовців ХОТ займають одне із провідних місць і складають близько 20% від усієї захворюваності військовослужбовців. При цьому рівень захворюваності серед солдат строкової служби достовірно вищий ніж у офіцерів та контрактників і становить відповідно 460, 300 та 210 проміле. Важливо зауважити, що хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелепи в структурі хвороб органів травлення складають 80% у солдат, 85% у контрактників та 75% серед офіцерів. Встановлено, серед особового складу ЗС протягом вищевказаних років спостерігається несприятлива тенденція щодо зростання рівня ХОТ у солдат строкової служби, із 393 проміле у 2016 р. до 527 проміле у 2020 р. За п'ятирічний період серед усіх категорій військовослужбовців виявлено зростання захворюваності стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Друге місце в офіцерів і контрактників займає патологія печінки та жовчного міхура, а в солдат – хвороби кишечника та очеревини.

Основні тенденції показників госпіталізації військовослужбовців з ХОТ закономірним чином відповідають захворюваності. А саме: найвищий рівень госпіталізації серед усіх контингентів відмічається серед військовослужбовців строкової служби і коливається з 92 проміле до 133 проміле. Майже вдвічі госпіталізація менша серед офіцерів і контрактників і склала відповідно в середньому 55 та 43 проміле. Показники госпіталізації з приводу хвороб органів травлення у військовослужбовців в декілька разів нижчі за показники захворюваності. Тобто основна частина хворих з хворобами органів травлення проходять амбулаторне лікування, і лише кожний п'ятий-шостий хворий підлягає госпіталізації. Найбільш частою причиною госпіталізації з приводу хвороб органів травлення серед усіх категорій військовослужбовців є хвороби стравоходу, шлунка та ДПК і складають відповідно серед солдат 43 проміле, офіцерів – 32 та контрактників – 24 проміле. На другому місці, як причина госпіталізації серед офіцерів та контрактників, є хвороби печінки і жовчного міхура і складають відповідно 9 та 6 проміле, серед солдатів строкової служби хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелепи – 29 проміле. Хвороби

кишечнику та очеревини знаходяться на третьому місці серед усіх категорій військовослужбовців і складають відповідно 4,6; 4,1 та 16,4 проміле.

Встановлено, що динаміка показників працевтрат внаслідок ХОТ у офіцерів, військовослужбовців за контрактом і солдат строкової служби Збройних Сил відповідає показникам захворюваності та госпіталізації.

Найбільш частою причиною звільнення з приводу ХОТ серед усіх категорій військовослужбовців є хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, а саме виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, і складає відповідно серед солдат 2,4, офіцерів 1,8 та контрактників 1,7 проміле. На другому місці як причина звільнення серед військовослужбовців є хвороби печінки і жовчного міхура і складають 0,5 проміле серед офіцерів і контрактників і 0,1 проміле серед солдатів строкової служби. Хвороби підшлункової залози як причина звільнення з приводу ХОТ знаходяться на третьому місці серед усіх категорій військовослужбовців.

Висновки. Важливе медико-соціальне значення ХОТ для Збройних Сил обґрунтовує необхідність удосконалення медико-організаційних заходів, спрямованих на профілактику та попередження прогресування ХОТ у військовослужбовців.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ НА ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

А.І. Гаврецький, О.М. Федунець

Українська військово-медична академія, м. Київ

Захворювання кістково-м'язової системи (КМС) є однією з найбільш поширених патологій в усьому світі. Захворювання КМС є не лише медичною, а й актуальною соціальною та економічною проблемою. Лікування захворювань КМС тривале та потребує великих фінансових витрат, а несвоєчасні та малоефективні лікування та реабілітація призводять до тимчасової втрати працездатності та інвалідності.

Поширеність захворювань КМС протягом останніх 25 років в Україні займає четверте місце – 5,54%, а первинна захворюваність – сьоме (4,74%) серед усіх хвороб. Хвороби КМС займають третє місце в структурі первинної інвалідності як серед дорослого населення, так і населення працездатного віку, поступаючи лише захворюванням системи кровообігу та новоутворенням. Рівень інвалідності внаслідок захворювань КМС та сполучної тканини протягом 2014–2018 років стійко зростає і становить 5,8%. За статистичними даними за 2008–2012 рр. хвороби кістково-м'язової системи (XIII клас) стали причиною непрацездатності (або обмеженої працездатності) 8,11% військовослужбовців ЗСУ, з яких дорсопатії становили 4,2%. Відмічається зростання показників первинної захворюваності та інвалідності.

Отже, хвороби КМС є значущою медико-соціальною проблемою військової медицини, і в сучасних умовах актуальним є моніторинг захворюваності КМС

серед військовослужбовців ЗСУ, виявлення основних тенденцій поширення хвороби КМС, розробка нових підходів до організації надання медичної допомоги та вдосконалення системи медичного забезпечення.

Мета дослідження: оцінити сучасний стан первинної захворюваності на хвороби КМС різних категорій військовослужбовців ЗСУ та виявити основні закономірності, що впливають на їх здоров'я.

Матеріали і методи дослідження. Заплановано порівняти 3 (три) різних категорії військовослужбовців ЗСУ для визначення первинної захворюваності на ХКМС, використовуючи звіт ЗСУ (форма 2/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2017–2019 роки.

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз таких даних звіту як: кількість первинних звернень за медичною допомогою, працевтрати за кількістю випадків і кількістю днів, звільнення з військової служби і летальність.

Результати та їх обговорення. Визначено долі показників первинної захворюваності на хвороби КМС різних категорій військовослужбовців ЗС України на сучасному етапі.

Проаналізували динаміку первинної захворюваності на хвороби КМС військовослужбовців таких категорій як: офіцери, військовослужбовці РССС та солдати строкової служби.

Дослідили структуру працевтрат військовослужбовців, отже можна зазначити, що доля даного показника, обумовлена артропатіями, є найбільшою у солдатів строкової служби у 2017 році, найменшою – у 2018 році у цієї ж категорії військовослужбовців, але, враховуючи дані абсолютних чисел, прослідковується стрімка тенденція зростання захворюваності на артропатії і дорсопатії впродовж періоду з 2017 по 2019 рік у військовослужбовців строкової служби. Доля випадків працевтрат внаслідок дорсопатій серед офіцерів була найбільшою у 2017 році, серед солдатів строкової служби – у 2018 році та у РССС – у 2017, внаслідок синовіїту – у солдатів строкової служби була найбільшою доля працевтрат у 2017 році та найменшою у офіцерів у 2018 році, внаслідок остеомієліту – найбільшою була у офіцерів та у РССС у 2017 році, а найменшою – у солдатів строкової служби – не виявлено жодного випадку у 2017 році та у офіцерів у 2017 році, $p < 0,05$.

Порівняли структуру показників захворюваності, працевтрат, звільнень з військової служби і летальність офіцерів, військовослужбовців РССС та солдатів строкової служби на ХКМС на сучасному етапі.

Аналізуючи долю звільнень з військової служби, відмітили, що серед офіцерів ЗСУ внаслідок ХКМС вона була у 2017 році на 4,2% більше, ніж РССС, у 2018 році доля звільнень була вище в категорії РССС на 0,08%. У 2019 році показник звільнень в цій категорії зріс та був більшим, ніж аналогічний в категорії офіцерів на 2,9%. Доля звільнень серед військовослужбовців строкової служби показує чітку тенденцію до росту в період з 2017 по 2019 роки. Усі порівняння є статистично достовірними – $p > 0,05$. Аналізуючи структуру показника звільнень внаслідок ХКМС, вбачаємо, що у 2017 році

військовослужбовців РССС у 12,96% випадків звільняли через артропатії, серед офіцерів таких випадків не відзначилось, однак майже в чотири рази більша доля звільнень офіцерів, ніж РССС, внаслідок дорсопатій – 85,71% проти 20,37%. 7,14% звільнень внаслідок ХКМС серед офіцерів були внаслідок захворювання на синовіїт, серед РССС цей показник складає 0%, 3,7% звільнень РССС обумовлювала захворюваність на остеомієліт, серед офіцерів цього року таких випадків не зафіксовано. У 2018 році внаслідок артропатій було звільнено 4% офіцерів, що на 14,9% менше за долю звільнень РССС з цієї причини. 80% звільнень з ВС офіцерів обумовлювались дорсопатіями, серед РССС таких випадків відмічено на 42,3% менше. Остеомієліт був причиною 1,8% звільнень РССС внаслідок ХКМС. У 2019 році доля звільнень внаслідок артропатій була вища в категорії РССС на 31,26%, внаслідок дорсопатій також частіше на 10,61% були звільнені РССС. Внаслідок захворюваності на синовіїт були звільнені 1,37% РССС, що хворіли на ХКМС, внаслідок остеомієліту – 2,33% офіцерів. Військовослужбовців строкової служби в період з 2017 по 2018 рр. звільняли з приводу дорсопатій і поодиноких випадків звільнень з приводу артропатій і остеомієліту, але в 2019 році зафіксовано стрімке зростання звільнень з приводу артропатій, що перебільшило процент звільнень з приводу дорсопатій на 17,14%. Наведені показники є статистично достовірними ($p < 0,05$). Аналізуючи смертність, ми відмітили, що не було ні одного смертельного випадку від ХКМС серед офіцерів, військовослужбовців РССС та солдатів строкової служби.

Проведено аналіз динаміки захворюваності, звільнень з військової служби і смертності серед різних категорій військовослужбовців ЗСУ внаслідок ХКМС на сучасному етапі.

Таблиця 1

Доля направлень на стаціонарне лікування внаслідок ХКМС серед військовослужбовців ЗСУ у 2017–2019 роках, %.

Категорія	Роки Од. виміру	2017	2018	2019
	Офіцери	абс. числа	1013	1953
проценти		11,1%	12,85%	11,1%
РССС	абс. числа	3816	3993	3902
	проценти	9,7%	9,2%	10,2%
Строкова служба	абс. числа	354	815	1855
	проценти	1,63%	3,17%	6,73%
Всього	абс. числа	5183	6761	7036
	проценти	7,39%	10,32%	8,31%

Висновки. Усі дані, що будуть підготовлені в результаті аналізу за результатами магістерської роботи, покажуть уточнену картину первинної захворюваності військовослужбовців ЗСУ на хвороби кістково-м'язової системи на

сучасному етапі. На підставі цих даних заплановано визначити у яких з підкласу ХКМС буде спостерігатись підйом та спад захворюваності та показати, який з них потребує більш прицільної уваги для розробки системи заходів контролю при відборі та подальшому нагляді й лікуванні захворювань КМС.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ЗВІЛЬНЕНЬ ТА ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ІЗ ХВОРОБАМИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ

А.І. Гаврецький, О.М. Федунець

Українська військово-медична академія, м. Київ

Хвороби КМС займають третє місце в структурі первинної інвалідності як серед дорослого населення, так і населення працездатного віку, поступаючись лише захворюванням системи кровообігу та новоутворенням. Первинна інвалідність внаслідок захворювань кістково-м'язової системи становить $9,6 \pm 1,1\%$ з тенденцією до зростання. Рівень інвалідності внаслідок захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини протягом 1999–2013 років знижувався, середній темп росту серед категорії дорослого населення становив $0,73\%$, а протягом 2014–2018 років стійко зростає і становив $5,8\%$.

Мета дослідження. Оцінити сучасний стан первинної захворюваності на хвороби КМС різних категорій військовослужбовців ЗСУ та окрему увагу приділити показнику звільнення з військової служби, оскільки це може слугувати маркером інвалідності.

Методи та матеріали. В структурі первинних звернень переважають звернення, обумовлені дорсопатіями, в усіх категоріях, та кожного року вони формують переважаючу долю первинних звернень з приводу хвороб КМС.

Порівнювали 3 (три) різних категорії військовослужбовців ЗСУ для визначення первинної захворюваності, частоти звільнень та летальності при хворобах ХКМС, використовували звіт ЗСУ (форма 2/мед) про захворюваність, працевтрати і смертність за 2017–2019 роки та обробляли дані з історій хвороб.

Відповідно до розробленої схеми заплановано аналіз таких даних звіту як: кількість первинних звернень за медичною допомогою, працевтрати за кількістю випадків і кількістю днів, звільнення з військової служби і летальність.

Результати та обговорення. У 2017 році доля направлень у стаціонар серед РССС була меншою, ніж офіцерів на $1,4\%$ та меншою ніж у солдатів строкової служби на $9,47$, у 2018 році – нижче на $3,65\%$ та нижче ніж у солдатів строкової служби на $9,68$, у 2019 році – також нижче на $0,9\%$ та нижче ніж у солдатів строкової служби на $4,37$. Порівняння є статистично достовірними, ($p < 0,05$).

У 2017 році в категорії офіцерів були вищі долі направлень з приводу дорсопатій та артропатій. У 2018 році офіцери та солдати строкової служби частіше за РССС направлялись на стаціонарне лікування артропатій, дорсопатій

та остеомієліту (дорсопатії, артропатії та остеомієліт у солдатів строкової служби їх дані, а саме абсолютні числа не дають їм переважати над РССС і офіцерами). У 2019 році РССС частіше були направлені на стаціонарне лікування внаслідок остеомієліту, ніж офіцери та солдати строкової служби, в решті випадків доля направлень серед солдатів строкової служби та ОС була вищою. Найменше звернень впродовж 2017–2019 років були обумовлені захворюваннями на остеомієліт в усіх категоріях ($p < 0,05$).

Серед офіцерів найвищий показник направлень на стаціонарне лікування з приводу артропатій відмічався у 2017 році, найнижчий – у 2018, серед РССС найвищий – у 2019, найнижчий – також у 2018. У солдатів строкової служби найвищий показник з приводу артропатій відмічався у 2019 році, найнижчий – у 2018 році. З дорсопатіями доля направлень найбільша відмічена у 2018 році в солдатів строкової служби, найнижча – в 2017 у офіцерів та в 2019 – у РССС. Доля направлень пацієнтів з остеомієлітом була найвищою серед офіцерів у 2018, серед РССС – у 2017 та серед солдатів строкової служби у 2019 році.

Серед офіцерів ЗСУ доля звільнень внаслідок ХКМС була у 2017 році на 4,2% більше, ніж РССС, у 2018 році доля звільнень була вище в категорії РССС на 0,08%. У 2019 році показник звільнень в цій категорії зріс та був більшим ніж аналогічний в категорії офіцерів на 2,9%. Доля звільнень серед військовослужбовців строкової служби показує чітку тенденцію до зростання в період з 2017 по 2019 роки. Усі порівняння є статистично достовірними – $p > 0,05$.

Проаналізувавши структуру показника звільнень внаслідок ХКМС, вбачається, що у 2017 році військовослужбовців РССС у 12,96% випадків звільняли через артропатії, серед офіцерів таких випадків не відзначилось, однак майже в чотири рази більша доля звільнень офіцерів, ніж РССС, внаслідок дорсопатій – 85,71% проти 20,37%. 7,14% звільнень внаслідок ХКМС серед офіцерів були внаслідок захворювання на синовіїт, серед РССС цей показник складає 0%, 3,7% звільнень РССС обумовлювана захворюваністю на остеомієліт, серед офіцерів цього року таких випадків не зафіксовано. У 2018 році внаслідок артропатій було звільнено 4% офіцерів, що на 14,9% менше за долю звільнень РССС з цієї причини. 80% звільнень з військової служби офіцерів обумовлювались дорсопатіями, серед РССС таких випадків відмічено на 42,3% менше. Остеомієліт був причиною 1,8% звільнень РССС внаслідок ХКМС. У 2019 році доля звільнень внаслідок артропатій була вища в категорії РССС на 31,26%, внаслідок дорсопатій також частіше на 10,61% були звільнені РССС. Внаслідок захворюваності на синовіїт були звільнені 1,37% РССС, що хворіли на ХКМС, внаслідок остеомієліту – 2,33% офіцерів. Військовослужбовців строкової служби в період з 2017 по 2018 рр. звільняли з приводу дорсопатій і поодиноких випадків з приводу артропатій і остеомієліту, але в 2019 році стрімке зростання звільнень з приводу артропатій перебільшило процент звільнень з

приводу дорсопатій на 17,14%. Наведені показники є статистично достовірними ($p < 0,05$).

Висновки. Проаналізувавши дані, ми відмітили, що ХКМС є важливою проблемою. На первинній ланці відмічаємо стабільно високі показники звернень. За показниками, що будуть викладені у моїй магістерській роботі, спостерігається високий ступінь захворюваності на ХКМС. Тому дана тема є актуальною і потребує значущої уваги в медичній спільноті, оскільки внаслідок ХКМС, а саме з приводу дорсопатій 85,71% військовослужбовців звільнилось з військової служби.

Аналізуючи показник летальності внаслідок захворюваності на ХКМС, виявлено, що за період 2017–2019 років в усіх категоріях військовослужбовців не було відмічено жодного летального випадку, обумовленого захворюваннями КМС.

РЕФЛЕКТОРНІ СИНДРОМИ, ОБУМОВЛЕНІ РІЗНОВИДАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

І.В. Тутейко, Н.В. Галан

Українська військово-медична академія, м. Київ

Больові синдроми, зумовлені патологією хребта, є однією з найпоширеніших проблем сучасної медицини. На ранніх стадіях остеохондрозу хребта, як правило, виникають рефлекторні синдроми, що проявляються у вигляді м'язово-тонічних синдромів. В той же час, як серед захворювань військовослужбовців переважають захворювання периферичного відділу нервової системи, що складають 60% від загальної кількості неврологічної патології.

Мета. Визначення сучасного стану захворюваності остеохондрозом хребта із рефлекторними синдромами у військовослужбовців ЗСУ різного віку, військового звання, статі та виявлення ефективних методів лікування для зниження больового синдрому та зменшення днів перебування у стаціонарі.

Завдання. Дослідити розвиток рефлекторних синдромів, обумовлених різновидами остеохондрозу хребта, серед військовослужбовців різних категорій, за віком та статтю; проаналізувати вертеброгенні рефлекторні синдроми, обумовлені остеохондрозом шийного, грудного та поперекового відділів хребта серед військовослужбовців ЗСУ; визначити ефективність методик лікування ураження хребта залежно від терміну лікування; порівняти методики лікування больового синдрому при остеохондрозі хребта на основі візуально-аналогової шкали.

Матеріали та методи. На базі НВМКЦ «ГВКГ» було проведено ретельний ретроспективний аналіз 186 історій хвороб із результатами обстеження та лікуванням (з них нами обстежено 36 хворих) з 2018 по 2020 рр, які розподілялися за різними категоріями (військовослужбовці рядового, сержантського та старшинського складу і офіцери ЗСУ), за віком, статтю та за ураженням остеохондрозом різних відділів хребта – на основі яких були

створені тематичні карти. Статистичну обробку даних проводили із використанням статистичних параметричних методів.

Результати та обговорення. За статистичними даними захворюваність з приводу рефлекторних синдромів, обумовлених різновидами остеохондрозу хребта у військовослужбовців ЗСУ, впродовж 2018–2020 років, складала серед офіцерів ЗСУ: 2018 – 55,1%, 2019 – 66,1%, 2020 – 68,6%. Серед рядового, сержантського та старшинського складу (РССС) ЗСУ: 2018 – 44,92%, 2019 – 33,9%, 2020 – 31,4%. Більшість з обстежуваних склали пацієнти у віці 40–49 років – 77 (41,4%). Серед обстежених із захворюванням хребта було 33 (17,7%) жінки та 153 (82,3%) чоловіка. При аналізі історій хвороб пацієнтів було виявлено такі відділи ураження хребта: більшу частку хворих 127 (68,3%) склали пацієнти із патологією поперекового відділу хребта, на другому місці – пацієнти з патологією шийного відділу 36 (17,2%), на третьому – грудний відділ 27 (14,5%). Серед методів лікування перевага надавалась медикаментозному в поєднанні з фізіотерапією (39,7%), на другому місці було виключно медикаментозне (36,5%), на третьому – комбіноване (21,5%) і на останньому місці – медикаментозне із ЛФК (2,3%).

Висновки. Виходячи з завдань, в результаті дослідження можна зробити висновки:

1. Досліджено, що рефлекторні синдроми, обумовлені різновидами остеохондрозу хребта, зустрічаються серед військовослужбовців ЗСУ у середньому віці ($40,18 \pm 1,52$) із перевагою в офіцерського складу працездатного віку – 61,0% (з них 153 (82,3%) чоловіка та 33 (17,7%) жінки), які знаходились на лікуванні у Головному військовому медичному клінічному центрі «ГВКГ» з 2018 по 2020 роки.

2. Проаналізовано, що серед військовослужбовців ЗСУ із вертеброгенними рефлекторними синдромами, обумовленими остеохондрозом шийного, грудного та поперекового відділів хребта, більшу частку – 127 (68,3%) склали пацієнти із патологією поперекового відділу хребта, на другому місці – пацієнти з патологією шийного відділу 36 (17,2%) та на третьому – грудний відділ 27 (14,5%).

3. Визначено, що лікування рефлекторних больових синдромів, обумовлених остеохондрозом хребта, в поєднанні з додатковими методиками (ЛФК, фізіотерапевтичними процедурами, витяжінням та іншими методами) зменшують тривалість перебування в стаціонарі на 30% ($p_{\alpha} < 0,05$) у порівнянні з виключно медикаментозною терапією.

4. Встановлено, що у пацієнтів, які лікувались виключно медикаментозно, у порівнянні з групою, яка лікувалась комбіновано, показники інтенсивності болю за шкалою ВАШ виявились вірогідно вищими ($p_{\alpha} < 0,05$) в середньому на 24,4%. Тобто комбіноване лікування больового синдрому виявилось на 24,4% ефективніше, ніж при виключно медикаментозному.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ НА ПЕРЕВАНТАЖУВАЛЬНУ ХВОРОБУ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

А.І. Гаврецький, В.В. Чепурной, Т.В. Крохмаль
Українська військово-медична академія, м. Київ

У країнах світу захворювання і ушкодження кістково-м'язової системи займають третє місце після онкологічних та серцево-судинних захворювань. Військова праця відмінна від інших видів праці та тренувань спортсменів тим, що до неї висувуються підвищені вимоги. В цій праці, на відмінну від спорту, неможливо надати відпочинок «на вимогу». Різноманітні навчання у військах, повсякденне напружене бойове навчання свідчать про те, що військовослужбовці постійно стикаються з необхідністю виконувати значний обсяг фізичних навантажень.

Фізичне напруження, оптимальне для військового колективу, виявляється перевантаженням для окремих анатоμο-фізіологічних одиниць. З них, у зв'язку з особливостями праці військовослужбовців в мирний та воєнний час нижні кінцівки значно піддаються навантаженню. І якщо грубі ушкодження, такі як механічні травми, переломи, забиття, розсічення мають достатню історію вивчення, чіткі критерії для постановки діагнозу та стратегію лікування, то перевантажувальна хвороба нижніх кінцівок залишається маловивченою.

Згідно з даними світової літератури у 40% військовослужбовців під час проходження військової служби виникали скарги на біль у нижніх кінцівках при фізичних навантаженнях. І, незважаючи на створення в структурі ЗС деяких країн спеціальних інституцій, що займаються стресовими пошкодженнями серед військовослужбовців, достеменно поширеність серед популяції залишається невідомою.

Пізня діагностика та тривале лікування також залишається проблемою, оскільки не існує чітких класифікацій, критеріїв для постановки діагнозу і, відповідно, чітких протоколів лікування.

Мета: дослідити особливості структурних змін та особливості клінічного перебігу перевантажувальної хвороби нижніх кінцівок серед військовослужбовців на сучасному етапі.

Матеріали і методи: проводився метастатичний аналіз, в ході якого було опрацьовано біля 280 історій хвороб за останні десять років та вибрано 30 хворих чоловічої статі, у яких були встановлені діагнози перевантажувальної хвороби кісток нижніх кінцівок. У 25 пацієнтів було захворювання кісток стоп, у 4-х процес локалізувався в гомілках, з них в одного військовослужбовця одразу в обох, також лише в одного хворого була уражена стегнова кістка.

В ході дослідження порівнювали дві групи по 30 чоловіків військовослужбовців переважно молодого віку, що зіставні між собою. Перша група включала у себе пацієнтів клініки пошкоджень НВКМЦ з діагностованою патологією, спричиненою перевантаженням переднього відділу стопи, кісток

гомілок та стегна. В другій контрольній групі були зіставні за віком військовослужбовці з різною ортопедичною патологією, не зв'язаною з перевантаженням нижніх кінцівок.

Вивчались структурні зміни кісток у хворих з перевантажувальною хворобою нижніх кінцівок, а також різні показники біохімічних, загальних, електrolітних аналізів крові та коагулограми.

В ході дослідження почали проводити ультразвукове дослідження стоп у кількох хворих з даною патологією, та виявили його ефективність для діагностики періостальної реакції.

Результати та обговорення. Досліджували за допомогою аналізу рентгенограм та вивчення результатів методу МРТ особливості структурних змін, що розвиваються при перевантажувальній хворобі в кістках нижніх кінцівок у військовослужбовців. У всіх пацієнтів при надходженні в НКВМЦ відмічалась періостальна реакція в ділянці перевантаження, що в переважній більшості супроводжувалась збільшенням та розшаруванням періосту, іноді з утворенням мілких кістозних утворень. Також звужувався просвіт в центрі кістки, нерівномірно, більше у зоні навантаження.

Більшість пацієнтів з перевантажувальною хворобою була з в/ч, де приділялась особлива увага стройовій підготовці. Це частини, що беруть участь в парадах та інших заходах державного рівня, хоча під час військових дій головним фактором, що спричиняє патологічні перевантаження, в тому числі й «маршеві» переломи, є марш-кидок або стрімке пересування військ з повним боєкомплектом. Серед перших аналізів, що брали у військовослужбовців при надходженні в стаціонар, виявили значиме збільшення тромбоцитів в крові пацієнтів з перевантажувальною хворобою нижніх кінцівок.

Висновки. Перевантажувальна хвороба нижніх кінцівок є досить рідкою патологією, особливо в мирний час у військовослужбовців, та пов'язана з підсиленими тренуваннями титульних військових частин ЗС України.

В ході дослідження виявлені характерні зміни в кістках при перевантаженні, що завжди супроводжуються періостальною реакцією.

Серед показників аналізу крові значущим виявилась тільки зміна кількості тромбоцитів, що дозволяє висунути гіпотезу, що їх збільшення є результатом зростання тромбоутворюючих властивостей крові, що потребує подальшого глибшого дослідження.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ РАНЬОГО РОЗПІЗНАВАННЯ ОЗНАК ПЕРЕВАНТАЖУВАЛЬНОЇ ХВОРОБИ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

А.І. Гаврецький, В.В. Чепурной, Т.В. Крохмаль
Українська військово-медична академія, м. Київ

Військова праця відмінна від інших видів праці та тренувань спортсменів тим, що до неї висуваються підвищені вимоги. В цій праці, на відміну від спорту, неможливо надати відпочинок «на вимогу». Різноманітні навчання у військах, повсякденне напружене бойове навчання свідчать про те, що військовослужбовці постійно стикаються з необхідністю виконувати значний обсяг фізичних навантажень.

Стрес-переломи плеснових кісток мають безліч синонімів (хвороба Дойчлендера, метатарзалгія, маршовий перелом, маршова стопа, перелом новобранців, перелом від втоми, перелом від перевантаження, повзучий перелом), по-різному відображають патогенез і ступінь пошкодження кістки, в значній мірі зберігають свою актуальність, так як їх кількість протягом останніх десятирічч неухильно зростає.

Пізня діагностика є великою проблемою, оскільки не існує чітких критеріїв та загальноприйятих ступенів перевантажувальної хвороби. Протікання патологічної перебудови у кістці до перелому теж може відбуватись від декількох днів до 3–6 місяців. Може бути багато видів варіантів навантаження, що викликало стрес-перебудову від одинарного великого марш-кидка до щоденної підсиленої стройової підготовки.

Мета: дослідити можливості ранньої діагностики особливостей структурної перебудови кістки за допомогою нових методів із застосуванням сучасного медичного обладнання.

Матеріали і методи. Проводився мета-статичний аналіз, в ході якого було опрацьовано біля 280 історій хвороб за останні десять років та вибрано 30 хворих чоловічої статі, у яких були встановлені діагнози перевантажувальної хвороби кісток нижніх кінцівок. Вивчались також їхні рентгенограми. В 11 військово-службовців були знайдені також матеріали МРТ дослідження. Нами були проаналізовані зміни, присутні у них, як за протоколами дослідження, так й за змінами на томограмах.

При вивченні симптомокомплексу у хворих з болем у стопах було виявлено 5 пацієнтів з типовими скаргами для перевантажувальної хвороби. Першим методом інструментального дослідження було вибрано УЗД з метою ранньої діагностики, насамперед періостальної реакції.

Результати та обговорення. Досліджували за допомогою аналізу рентгенограм та вивчення результатів методу МРТ особливості структурних змін, що розвиваються при перевантажувальній хворобі в кістках нижніх кінцівок у військовослужбовців. У всіх пацієнтів при надходженні в НКВМЦ відмічалась періостальна реакція в ділянці перевантаження, що в переважній більшості

супроводжувалось збільшенням та розшаруванням періосту, іноді з утворенням дрібних кістозних утворень. Також звужувався просвіт в центрі кістки, нерівномірно, – більше у зоні навантаження.

У 5 пацієнтів з типовими скаргами для перевантажувальної хвороби з метою ранньої діагностики було застосовано УЗ дослідження, на основі якого у 4-х при захворюванні кісток стоп виявили періостальну реакцію, а в одного хворого при цьому методі дослідження візуалізувались також типові зміни в кортикальному шарі кістки, пов'язані з його розрихленням та утворенням мікрокіст. Надалі ці зміни були підтверджені рентгенологічним, а у двох пацієнтів – й МРТ дослідженням.

Висновки. При застосуванні сучасних методів дослідження у пацієнтів виявлені характерні зміни в кістках при перевантаженні, що супроводжуються періостальною реакцією.

На початку діагностичного пошуку є перспективним застосування УЗД, що краще візуалізує періостальну реакцію, тобто патологію м'яких тканин. Для ранньої точної діагностики структурної перебудови у самій кістці необхідно призначати МР томографію.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Р.С. Закревський, І.М.Ткачук

Українська військово-медична академія, м. Київ

Одним з компонентів метаболічного синдрому є артеріальна гіпертензія (АГ), що посідає чільне місце в структурі хвороб системи кровообігу, зумовлюючи значні рівні смертності та втрати професійної працездатності у військовослужбовців. Все це обумовлює необхідність дослідження особливостей клінічного перебігу АГ у військовослужбовців задля розробки та впровадження ефективної системи лікувально-профілактичних заходів.

Мета: провести комплексний ретроспективний порівняльний аналіз особливостей перебігу АГ у військовослужбовців Збройних Сил України в 2013 та 2019 рр.

Матеріали та методи. Методом випадкової вибірки проаналізовано 120 історій хвороб військовослужбовців-учасників бойових дій чоловічої статі, які проходили обстеження, лікування, а за необхідності – медичний огляд військово-лікарської комісії (ВЛК) в денному стаціонарі Клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» в 2019 році з діагнозом АГ (група 1). В якості контрольної групи методом випадкової вибірки було проаналізовано 60 карток медичного огляду ВЛК військовослужбовців, хворих на АГ чоловічої статі, які проходили медичний огляд у 2013 році та не приймали участі в бойових діях (група 2). Контрольна група була рандомізована за стадією АГ. Середній вік військовослужбовців контрольної

групи становив $44,7 \pm 0,56$, в дослідній – $45,3 \pm 0,25$ років ($p > 0,05$). Дані з історій хвороб вносились в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма «Microsoft Excel».

Результати та обговорення. У військовослужбовців групи 2 виявлено певні особливості клінічного перебігу АГ: достовірно вищі (при $p < 0,05$) середні показники систолічного артеріального тиску (АТ), ніж у контрольній групі; у значної частини (44,2%, $n=53$) військовослужбовців вперше підвищення АТ зафіксовано в зоні проведення бойових дій; у тих військовослужбовців, які хворіли на АГ і знали про наявність у них підвищеного АТ (55,8%, $n=67$) відбулась дестабілізація АТ в зоні проведення бойових дій. Встановлена низька прихильність до прийому антигіпертензивних препаратів у військовослужбовців дослідної групи порівняно з контрольною групою: достовірно більша (при $p < 0,05$) кількість військовослужбовців не приймають антигіпертензивні препарати. Перевищення рівня загального холестерину більше 5,0 ммоль/л виявлено у 69,2% ($n=89$) пацієнтів дослідної групи. Проте, не отримано достовірної різниці щодо показників гіперхолестеринемії між контрольною та дослідною групою ($p > 0,05$). Встановлено високу поширеність тютюнопаління в дослідній групі, а саме: курили 65% осіб з АГ ($n=78$), що достовірно ($p < 0,05$) перевищує поширеність тютюнопаління у контрольній групі (43,3% ($n=26$)). В 2-й групі виявлено достовірно (при $p < 0,05$) меншу кількість осіб з нормальною масою тіла та більшу – з ожирінням 3-ої стадії (при $p < 0,001$). В медичних картках були відсутні відомості щодо обсягу талії, тому визначення поширеності абдомінального ожиріння в когорті військовослужбовців дослідної та контрольної груп не є можливим.

Висновки. Таким чином, у військовослужбовців-учасників бойових дій, які хворіють на АГ, встановлена низька прихильність до лікування, значна поширеність ФР серцево-судинних захворювань та хибних звичок, що вимагає індивідуального підходу щодо модифікації чинників ризику та розробки комплексних лікувально-профілактичних програм.

РІЗНІ АСПЕКТИ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЙОМУ ШВИДКОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ З НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ В БОЙОВИХ УМОВАХ НА ДРУГІЙ ЛІНІЇ

А.І. Гаврецький

Українська військово-медична академія, м. Київ

Є багато вказівок надання медичної допомоги на першому, найбільш інтенсивному і, часом головному, етапі для пожежників, саперів, водолазів, а також в умовах військових дій, з викладкою напрочуд різних підходів до перших дій та етапів евакуації. Одні чекають закінчення обстрілу, не рухаючись з місця, тому надають медичну допомогу прямо в осередку бою, а інші під вогнем вивозять поранених на великій швидкості, за умови наявності достатньої

кількості спеціалізованого транспорту. Але при масових обстрілах цей евакуаційний потік швидко закінчиться, в той час коли пораненим необхідно буде швидко надати хоча б першу допомогу в умовах бою, тобто зупинку кровотечі й фіксоване вигідне положення тіла, оскільки кровотеча залишається основною причиною смерті на полі бою.

На війні є не тільки червона зона зіткнення – «нуль», але і зона обстрілу артилерії бригади (3–5 км) (гаубиці і т.д.), і надана, або самостійна артилерійська бригада (20–40 км) («гіацинти» калібру 152 мм, «півонії» калібру 203 мм) і реактивні артилерійські системи («град», «ураган», «смерч», «нептун» і т.д.). При обстрілі власних артилерійських позицій щільність вогню набагато менше, але потужність більша, і ця закономірність доволі пропорційна віддаленню від лінії зіткнення. Саме ця артилерія не дозволить під час запеклих боїв підійти до передових і відносно передових позицій ні малій авіації, ні колоні транспортних засобів для евакуації. Водночас важливість й необхідність швидкого та ефективного надання першої допомоги різко зростає, особливо при зупинці кровотечі. Через принципово різну щільність та інтенсивність ворожого вогню під час обстрілу другої лінії можливо виділити поняття «рожевої» зони (не жовтої, що стоїть за прикриттям, хоча будь-яке укриття при обстрілі 152 або 203 калібру дуже відносно), але й не «червоної» як при стрільбі по «нулю», де працює снайпер та кулемет і багато дрібних мін, але рідше трапляються поранення осколками снарядів, що більш характерно для більшої віддаленості. І тому збільшення маси осколків з підвищеною силою вибухової хвилі призводить до більш небезпечних травм кінцівок, де ефективніше зупинити кров за допомогою джгута, але і в цьому випадку більш небезпечні поранення нижніх кінцівок, що мають великі калібри судин (одночасно можуть бути пошкоджені кілька артерій, що утруднює швидке накладення джгута).

Мета: обґрунтувати можливість застосування методу швидкої зупинки артеріальної кровотечі з основних судин нижньої кінцівки притисненням коліном рятівника пахової ділянки з наступним накладенням тиснутої повязки або джгута.

Матеріали та методи. Підбігаючи до бійця з кровотечею із артерій нижньої кінцівки, присідаючи на одне коліно та другим впираючись й навалюючись своєю вагою в пах на стороні геморагії, притискаємо пораненого до землі одночасно, і діємо на цьому анатомічному рівні, як м'яка упряжка, притискаючи *A. iliaca externa* в центрі пахової складки до голівки стегнової кістки. Лице надаючого допомогу розвернуто у сторону нижньої кінцівки. Таким чином, можна відразу зупинити кровотечу і частково зафіксувати пацієнта, який навіть при непомірній паніці не зможе відштовхнути надаючого першу допомогу, оскільки перед його лицем спина рятівника. Далі, згинаючи ногу в кульшовому суглобі або піднімаючи стегно, й створивши проміжок між землею й тілом, можна сміливо накласти джгут або використовувати інші елементи на кшталт «імпровізованого турнікету». Інтервал часу при достатньому

здавленні основної судини немає такого важливого значення, і можна спокійно в цій ситуації грамотно накласти джгут, а при його відсутності, що в другій лінії трапляється частіше, ніж на позиціях, де застосовується стрілецька зброя, довше імпровізувати з накладенням тиснучої пов'язки. Іноді істерику приходить зупинити методом потужного фізичного впливу, що теж має перевагу при застосуванні даної вищеописаної методики, оскільки можна перенести більшу вагу на пах пораненого та застосувати лікоть верхньої кінцівки над тулубом хворого, не відволікаючись від накладання джгута чи пов'язки, де задіяна кисть рятівника.

Результати та обговорення. Згідно статистики бойових санітарних втрат з пораненням осколками стегна, особливо вогнепальними переломами, часто поєднується перелом кісток тазу. Це тим більш притаманно при артобстрілах в другій лінії, де сила ударної хвилі відносно велика, і може мати місце політравма з ушкодженням тазового кільця. При правильному застосуванні методики механічний тиск в паху не призведе до зміщення уламків кісток тазу, тому що основне навантаження буде направлено на латеральну порцію стегна й верлюгову зону та м'які тканини сідниць, що знаходяться під нею. Лише при надто сильному навалюванні на пораненого тиск може припасти на лобкову ділянку з однієї сторони. Проте зміщення при переломі лобкової кістки відносно небезпечніші ніж сідничної чи здохвинної. Але правильне застосування методики має унеможливити будь-які ускладнення, пов'язані зі зміщенням уламків кісток тазу.

Цей метод апробовувався в умовах АТО в 2016 році спеціальною групою тактичної медицини. На практиці вдосколювалась методика, та відшліфовувалась конкретна послідовність дій та підбір місця, що дозволяє застосувати швидко зупинку кровотечі з нижніх кінцівок стисненням пахової ділянки коліном рятівника.

Висновки. Розроблена та анатомічно обґрунтована методика зупинки артеріальної кровотечі з основних судин стегна та більш дистальних сегментів притисненням коліном рятівника пахової ділянки з наступним накладенням тиснутої повязки або джгута.

Даний метод зупинки кровотечі був апробований спеціальною тактичною групою в умовах АТО.

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Р.С. Закревський, І.М. Ткачук

Українська військово-медична академія, м. Київ

В останні 20 років поширеність метаболічного синдрому (МС) в світі стрімко збільшилась і складає біля 33%, а в деяких державах до 40%. Відомо, що у військовослужбовців держав-членів НАТО поширеність кардіометаболічних факторів ризику вища, ніж в загальній популяції. Це пов'язано з тим, що

професія військовослужбовців пов'язана з підвищеним рівнем психо-емоційного навантаження та ризиком для життя, що сприяє низькому рівню якості життя, хворобам, смертності від серцево-судинних захворювань. Ці передумови спонукають до вивчення особливостей розвитку та перебігу МС у військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України задля розробки комплексних заходів з метою збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців як запоруки національної безпеки держави, адже всі складові МС піддаються модифікації за допомогою як медикаментозних, так і немедикаментозних заходів корекції. Особливо корекція МС стала актуальною в світі останніх подій: COVID-19 характеризується виборчим та агресивним відношенням до пацієнтів із МС.

Мета: визначити у хворих на АГ військовослужбовців-учасників бойових дій та тих, які участі в бойових діях не брали, наявність основних компонентів МС та провести порівняльний аналіз основних складових; оцінити поширеність коморбідної патології.

Матеріали та методи. Методом випадкової вибірки було проаналізовано 50 медичних карток пацієнтів з АГ, які лікувались в клініці кардіології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» в 2013 році (група 1) та участі в бойових діях не брали та 50 медичних карток хворих на АГ, які лікувались в тому ж відділенні в 2019 році та брали участь в бойових діях (група 2). Всі обстежені – чоловічої статі, віком від 36 до 49 років (статистично групи за віком не відрізнялись). Враховувались відповідні компоненти МС, що рекомендовано НСЕР АТР ІІІ. Дані з історій хвороб вносились в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма «Microsoft Excel».

Результати дослідження. Було встановлено, що повний кластер МС було виявлено у 28% (n=14) обстежених в 1-й групі та 30% (n=15) – в 2-й (при $p > 0,05$). Окремі його складові, такі як гіперглікемія натще, зустрічались у 14% (n=7) військовослужбовців 1-ої групи та у 16% (n=8) – 2-ої, збільшення рівня тригліцеридів і підвищення рівня ЛПНЩ у плазмі крові – відповідно, у 30% (n=15) і 20% (n=10) (в 1-й групі) та 42% (n=21) і 22% (n=11) в 2-й групі (при $p > 0,05$ між групами). Слід зауважити, що середні показники ТГ та ЛПНЩ достовірно вищі в 2-й групі ($p < 0,05$).

В 2-й групі виявлена достовірно вища частота ІХС, ніж у 1-й групі (82% та 50% відповідно, $p < 0,05$), а також атеросклероз судин головного мозку з дисциркуляторною енцефалопатією ІІ стадії (46% та 13% відповідно, $p < 0,05$), жировий стеатоз (30% та 14% відповідно, $p < 0,05$), хронічна хвороба нирок (12% і 5,0% відповідно, $p < 0,05$). Звертає на себе увагу достовірно вища кількість випадків тривожно-депресивних розладів з порушенням сну в 2-й групі (49,0% і 21,0% відповідно, $p < 0,05$).

Висновки. Дослідження показало, що поширеність основних кластерів МС не залежить від факту участі в бойових діях, проте у військовослужбовців-учасників бойових дій виявлена достовірно вища поширеність коморбідних

захворювань. Необхідно звернути увагу на високу поширеність тривожно-депресивних розладів у військовослужбовців-учасників бойових дій та проводити своєчасну корекцію цих станів. Для відображення реальної ситуації з поширеності метаболічних захворювань у військовослужбовців ЗС України з метою їх ранньої діагностики, профілактики та своєчасного лікування необхідно впровадити моніторинг МС.

ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СИСТЕМИ ДИХАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

І.О. Степанов, С.Б. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

Хвороби органів дихання залишаються однією з найбільш розповсюджених патологій в структурі захворюваності військовослужбовців ЗС України та є глобальною проблемою охорони здоров'я насамперед унаслідок їх значної поширеності серед працездатного населення, постійного прогресування, частого поєднання різних патологій легень та обтяжливого впливу на супутні захворювання.

Мета. Визначити поширеність захворюваності хвороб органів дихання серед військовослужбовців ЗС України та опрацювати рекомендації з поліпшення лікувально-профілактичних заходів на негоспітальному етапі.

Матеріали та методи. Обробка літературних джерел; статистичний аналіз показників поширеності захворювань органів дихання серед військовослужбовців ЗС України за період 2018–2019 рр. Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були опрацьовані звіти військових госпіталів та військово-мобільних госпіталів ЗС України (форма 3/мед) про основні показники їхньої діяльності. Спектр досліджень включав Клас 10 – Хвороби органів дихання.

Результати та обговорення. На підставі зібраних даних щодо поширеності хвороб системи дихання у військовослужбовців ЗС України за 2018–2019 роки заплановано визначити рейтингове місце пульмонологічної захворюваності в загальній структурі захворюваності різних категорій військовослужбовців ЗС України. З'ясувати структуру захворюваності у різних категоріях військовослужбовців. Також дослідити місце працевтрати, звільнення з військової служби та смертності від пульмонологічних захворювань. Заплановано порівняти структуру показників захворюваності, працевтрати, звільнення з військової служби і летальності від ХОД різних категорій військовослужбовців ЗС України за період 2018–2019 років. Та на основі отриманих даних провести аналіз поширеності, динаміки захворюваності, звільнення з військової служби і смертності серед різних категорій військовослужбовців ЗС України.

Висновки. Таким чином, тема, що підіймається в представленому дослідженні, є актуальною та потребує поглибленого вивчення. Оскільки поширеність хвороб органів дихання серед різних категорій військовослужбовців

ЗС України займала та продовжує займати одне з перших місць серед загальної захворюваності. Таким чином є необхідним переглянути систему надання медичної допомоги військовослужбовцям з захворюванням органів дихальної системи та диспансеризацію і динамічний нагляд за ними.

ОСОБЛИВОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ (ЗА ДАНИМИ 2014 ТА 2020 РОКІВ): ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

О.А. Степанова, Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Щороку у більше ніж 40 тисяч українців виникає інфаркт міокарда (ІМ), помирають 14% таких пацієнтів. В попередніх наукових роботах показано, що якість надання догоспітальної допомоги хворим на гострий ІМ в Україні потребує оптимізації. За останні роки введено в рутинну практику хірургічну реваскуляризацію коронарних артерій, ураження яких викликає розвиток гострого коронарного синдрому (ГКС), підвищилась обізнаність пацієнтів стосовно поведінки під час нападу тривалого за груднинного болю. Втім, зовнішні чинники, такі як масштабні громадські акції, бойові дії та збройні конфлікти можуть впливати на якість догоспітального етапу надання медичної допомоги хворому з ІМ.

Мета. Оцінити якість надання догоспітальної медичної допомоги в умовах лікувальних закладів МО України пацієнтам з ІМ під час збройних конфліктів та визначити напрямки, що потребують оптимізації.

Завдання дослідження наступні.

1. Провести аналіз часових інтервалів та обсягу надання догоспітальної медичної допомоги хворим на гострий ІМ (ГІМ) в період Революції Гідності у м. Києві та під час активної фази антитерористичної операції на сході України (дані 2014 р).

2. Провести аналіз часових інтервалів та обсягу надання догоспітальної медичної допомоги хворим на ГІМ в період найменшої активності бойових дій на сході України (2020 р).

3. Порівняти отримані дані за 2014 та 2020 роки.

4. На підставі отриманих результатів запропонувати рекомендації з удосконалення заходів, що допоможуть скоротити час до госпіталізації хворих із ГІМ та сприятимуть підвищенню ймовірності ефективної реваскуляризації та покращанню прогнозу хворого.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження є пацієнти, які були госпіталізовані для лікування з приводу ГІМ у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для терапевтичних хворих Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»). Загальна кількість хворих, дані яких проаналізовано: 136.

В роботі було проведено оцінку часових інтервалів від початку больового синдрому до госпіталізації та до початку реваскуляризації, основні шляхи, якими були госпіталізовані пацієнти, методи, якими було проведено реваскуляризацію та основні причини затримки процедури. Оцінювали лікувальні заходи та обсяг медикаментозної терапії на догоспітальному етапі. Використовували статистичні методи обробки наукових даних.

Слід окремо звернути увагу, що дані за 2014 рік (дані по 86 пацієнтах з ГІМ, отримані на попередньому етапі дослідження) включали в себе період першої половини року, коли у м. Києві під час Революції Гідності значна кількість людей зазнала поранень, відбувалось перевантаження служби бригад швидкої медичної допомоги, а населення країни та військовослужбовці знаходились у стресовому стані. Серед іншого стрес був обумовлений подіями на сході України та у Криму. Означені причини могли вплинути на частоту гострих серцево-судинних подій, їх перебіг та вплинути на надання догоспітальної медичної допомоги таким хворим.

У 2020 р., коли Операція Об'єднаних сил на Сході відбувалась в умовах перемир'я, населення саме м. Києва, де розташований НВМКЦ «ГВКГ», на початку року ще не було під стресовим впливом пандемії COVID-19, а система бригад швидкої медичної допомоги не була перевантажена викликами до таких хворих. В той же час, заходи з реваскуляризації та інші нові підходи до ведення пацієнтів із ГІМ вже були широко імплементовані як в НВМКЦ «ГВКГ», так і в інших військово-медичних клінічних центрах. Таким чином, вибір початку 2020 року для збору даних був обґрунтованим необхідністю мати найбільш актуальну інформацію щодо реальної клінічної практики надання догоспітальної медичної допомоги при ГІМ. По 2020 року було відібрано медичну документацію 50 осіб із діагнозом ІМ, які були госпіталізовані з приводу ГІМ до НВМКЦ «ГВКГ» МО України. Групу досліджуваних склали переважно чоловіки – 47 осіб (94%), середній вік хворих склав $69,3 \pm 2,2$ роки. У групі 2014 р. чоловіки склали 94,2% (81 особа), середній вік хворих складав $71,7 \pm 1,19$ років. Таким чином, за цими показниками групи були статистично однорідні.

Результати та обговорення. На підставі отриманих даних автори визначають напрямки вдосконалення догоспітальної медичної допомоги хворим з ГІМ у періоди надзвичайних ситуацій, таких як збройні конфлікти, зокрема роль лікаря загальної практики-сімейної медицини. Заплановано уточнити динаміку часових характеристик надання такої допомоги з 2014 року, зокрема часу до першого контакту з лікарем, до госпіталізації, до початку реваскуляризації. Заплановано визначити динаміку кількості процедур реваскуляризації (медикаментозної/хірургічної) та вплив на цей показник катетерної лабораторії, що почала активно працювати з такими хворими в НВМКЦ «ГВКГ» приблизно з 2011 року.

Висновки. Таким чином, дизайн дослідження є обґрунтованим, а тема, що підіймається в даному дослідженні, актуальна та потребує активного і

глибокого вивчення. Недоліком даного дослідження є те, що набір пацієнтів проводили в період, коли світом ширилась пандемія COVID-19, що могло вплинути на результати оцінки даних у «холодну фазу» збройного конфлікту. Втім ми намагались відбирати пацієнтів у той період, коли навантаження на систему охорони здоров'я, пов'язане з COVID-19, в Україні було ще не великим та малоімовірно впливало на час першого контакту з лікарем пацієнта з ГІМ.

ОСОБЛИВОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ (ЗА ДАНИМИ 2014 ТА 2020 РОКІВ): РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

О.А. Степанова, Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, м. Київ

Зовнішні чинники, такі як масштабні громадські акції, бойові дії та збройні конфлікти безпосередньо в зоні, де надається невідкладна медична допомога, можуть впливати на якість догоспітального етапу її надання хворому з гострим інфарктом міокарда (ГІМ).

Мета. Оцінити якість надання догоспітальної медичної допомоги в умовах лікувальних закладів МО України пацієнтам з інфарктом міокарда (ІМ) під час збройних конфліктів та визначити напрямки, що потребують оптимізації.

Матеріали та методи. Дизайн дослідження детально описаний нами раніше. Об'єктом дослідження є пацієнти, які були госпіталізовані для лікування з приводу ГІМ у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для терапевтичних хворих Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»). Загальна кількість хворих, дані яких проаналізовано: 136. Проводили порівняння надання догоспітальної медичної допомоги хворим на ГІМ в 2014 році (активний збройний конфлікт у м. Києві в межах Революції Гідності, антитерористична операція на сході України), ці дані були отримані на попередніх етапах дослідження, та в 2020 р. (найбільш холодна фаза конфлікту на сході України за період з 2014 року).

В 2014 р. відібрано 86, а в 2020 – 50 осіб, які були госпіталізовані з приводу ГІМ до НВМКЦ «ГВКГ» МО України. Групу досліджуваних 2020 р. склали переважно чоловіки – 47 осіб (94%), середній вік хворих склав $69,3 \pm 2,2$ роки. У 2014 р. чоловіки склали 94,2% (81 особа), середній вік хворих склав $71,7 \pm 1,19$ років. Таким чином, за цими показниками групи були статистично однорідні.

Результати та обговорення. Відповідно до отриманих нами даних у пацієнтів 2014 року мали місце особливості перебігу ІМ порівняно з пацієнтами 2020 року, підтверджені достовірно, а саме менша частота випадків ІМ передньої стінки, міжшлуночкової перетинки та верхівки лівого шлуночка серед пацієнтів 2020 року порівняно із такими 2014 року. В обох групах рідко

фіксували ІМ правого шлуночка: в групі 2014 року цей діагноз було встановлено лише одній особі (1,2%), а в групі 2020 року взагалі дані про ІМ правого шлуночка були відсутні. У хворих 2014 року мав місце достовірно гірший перебіг серцевої недостатності із значною кількістю пацієнтів із функціональним класом III–IV (майже третина хворих). Така ситуація, скоріше за все, була пов'язана із тим, що пацієнти, які є жителями м. Києва, не звертались по медичну допомогу з метою корекції терапії у зв'язку з описаними в період аналізу подіями, а також переживали значний стрес, що визнано вагомим чинником серцево-судинних подій.

Переважним шляхом госпіталізації хворих на ГІМ в 2020 р. були бригади швидкої медичної допомоги (66%), а в 2014 р. цей показник зі зрозумілих причин був значно меншим – 42% ($p < 0,05$), при цьому значно зменшилась частота направлення таких пацієнтів на госпіталізацію через поліклініку: з 43% у 2014 році до 20% у 2020 р., що на нашу думку свідчить про кращу обізнаність хворих на ішемічну хворобу серця щодо поведінки при тривалому нападі кардіального болю та кращу доступність бригад швидкої медичної допомоги (навіть враховуючи вплив на цей показник пандемії COVID-19 у 2020 році).

Ці дані підтверджуються результатами аналізу часових характеристик: зокрема у 2020 році час до першого контакту хворого на ГІМ із лікарем склав $200,7 \pm 44,1$ хвилин. Більш ніж в 21 раз зменшився час до госпіталізації таких хворих (з $5350 \pm 1037,2$ хвилин у 2014 р. до $251,6 \pm 44,6$ хвилин у 2020 р., $p < 0,0001$), що також підтверджує висновок про кращу обізнаність хворих на ішемічну хворобу серця щодо поведінки при тривалому нападі. В той же час, статистично незначно збільшився час до початку реваскуляризації (з $241 \pm 32,02$ хвилин у 2014 р. до $319 \pm 52,5$ хвилин у 2020), що на нашу думку пов'язано з більшою частотою саме хірургічних реваскуляризацій, які потребують певної передопераційної підготовки (такі реваскуляризації проводили більш ніж вдвічі частіше у 2020 році порівняно з 2014 роком).

Висновки. Збройні конфлікти, особливо такі, що завантажують систему бригад швидкої медичної допомоги, справляють негативний вплив на надання догоспітальної медичної допомоги хворим із гострою патологією, зокрема ГІМ. З 2014 р. відмічено значне покращання більшості параметрів надання догоспітальної медичної допомоги хворим на ГІМ, які госпіталізуються до закладів охорони здоров'я МО України, втім залишаються можливості для подальшої оптимізації такої допомоги, де роль лікаря загальної практики є визначальною у інформуванні пацієнта про хворобу, правила поведінки під час тривалого нападу кардіального болю.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

В. Чернявська-Якубцева

Українська військово-медична академія, м. Київ

Під час вивчення ускладнень, що можуть виникати у пацієнтів після перенесеного захворювання, викликаного новим коронавірусом SARS-CoV-2, стає зрозумілим, що цей агресивний збудник атакує не лише легені та дихальні шляхи, але й інші органи та системи організму людини, в тому числі головний мозок. За даними британських неврологів під впливом коронавірусу, навіть у випадку легкого перебігу хвороби чи вже вилікуваних випадків збудник може пошкодити мозок та центральну нервову систему, спровокувати виникнення психозів, паралічу та інсультів, що, до того ж, часто діагностуються лікарями надто пізно. Це, безумовно, підтверджує актуальність обраної нами теми.

Мета. Теоретично дослідити та проаналізувати рівень вивченості проблеми виникнення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19 в сучасній медичній науковій літературі.

Матеріали та методи: на основі загальнонаукових методів: аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення визначити ступінь дослідженості проблеми виникнення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19.

Результати та обговорення. Пандемія COVID-19 суттєво впливає на якість життя людей, зокрема й на психічне здоров'я. Вивчення взаємозв'язку психічних розладів, що супроводжують COVID-19, є актуальною темою сучасних досліджень. Вагомі результати були отримані в ретроспективному когортному дослідженні двоспрямованих асоціацій між COVID-19 та психічним розладом (USA, Taquet et al., 2019) за аналізом 69 млн електронних медичних карток, зокрема з 62 тис. випадків COVID-19.

1. Кожному 5-му хворому на COVID-19 протягом перших трьох місяців після перенесеного захворювання був встановлений психіатричний діагноз та кожен 4-й із них не мав психіатричного діагнозу до COVID-19.

2. Пацієнти з наявними психічними розладами мають вищий ризик інфікування COVID-19.

3. Серед тривожних розладів найбільш частими були розлад адаптації, генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий та панічний розлади.

Під час аналізу наведених даних зрозуміло, що пандемію COVID-19 у майбутньому, ймовірно, супроводжуватиме пандемія тривожно-депресивних розладів як один із вагомих клінічних критеріїв long-COVID.

Цікавими для вивчення є результати дослідження, проведеного науковцями Оксфордського дослідницького центру здоров'я та біомедицини в Великій Британії, в результаті якого було з'ясовано, що захворювання на COVID-19 може призводити до психічних проблем у кожної п'ятої особи. Передусім

ізоляція і самотність часто провокують виникнення тривожних розладів, депресії та безсоння. Відповідне дослідження було опубліковане у фаховому журналі *Lancet Psychiatry*. Його результати вказували на те, що 18,1% пацієнтів, які перенесли коронавірусну хворобу, в подальшому мали психічне захворювання, а у 5,8% – психічне захворювання було діагностовано вперше. Водночас, британські науковці застерігають від того, аби переоцінювати дані аналізу електронних карток пацієнтів, адже для деяких висновків поки що бракує обґрунтованих пояснень. Отже, згідно з даними дослідження, люди з психічним захворюванням мають на 65% вищий ризик заразитися коронавірусом. Крім того, у коронавірусних пацієнтів упродовж трьох місяців після діагнозу вдвічі частіше діагностували деменцію. Але це не обов'язково означає, що вірус має прямий вплив на мозок. Не виключено, що деменцію частіше діагностували саме тому, що цей діагноз був супутнім, отже більшість досліджуваних пацієнтів мали похилий вік, зазначив Пол Харрісон, професор психіатрії в Оксфордському університеті.

Заслуговує на увагу дослідження групи науковців Guidotti T., Nom M., Stanley I., Rogers M., Tzoneva M., Bernert та інш., які стверджували, що порушення режиму сну сприяє виникненню серцево-судинних хвороб, певного типу онкологічних захворювань, діабету, депресивних станів тощо.

В Україні дослідженнями виникнення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19 займалися О. Сиропятов, Н. Дзержинська, О. Друзь, Г. Костюк, О. Максименко та ін.

Висновки. Таким чином, під час проведеного нами теоретичного дослідження було зроблено висновок про недостатній рівень дослідженості проблеми виникнення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19, а зазначене дослідницьке питання потребує подальшого вивчення, конкретизації, узагальнення та застосування щодо військовослужбовців Збройних Сил України.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНИХ ІЗ ВОГНЕПАЛЬНИМ ПЕРИТОНІТОМ ЯК УСКЛАДНЕННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ЖИВОТА

В.А. Чорненька, О.І. Жовтоножко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Вогнепальні поранення живота є актуальною та складною проблемою невідкладної хірургії і далекою від остаточного її вирішення. Внаслідок використання снарядів зі стріловидними елементами, високошвидкісних куль зменшеного калібру, боеприпасів об'ємного вибуху та реактивних систем залпового вогню значно зростає частка множинних, поєднаних та комбінованих поранень органів черевної порожнини та ушкоджень крупних судин. Вогнепальні поранення живота займають особливе місце у структурі бойової вогнепальної травми, хоча їх частота відносно не велика, проте вони характеризуються швидким розвитком ускладнень. Частота поранень живота у структурі санітарних втрат: друга світова війна – 2–5%, сучасні військові конфлікти – 4–8%,

АТО – 7,3%. Вогнепальні поранення живота характеризуються великою зоною ураження, тяжкістю функціональних розладів, більш частими ускладненнями і високою летальністю. Відповідно, значно зросла тяжкість і травматичність оперативних втручань, що призводить до необхідності впровадження нових алгоритмів діагностики та лікування таких поранених. Особливо важливо у воєнно-польовій хірургії на етапах та шляхах медичної евакуації застосування ВАК-терапії черевної порожнини, що попереджає розвиток поліорганної недостатності. На сучасному етапі розвитку хірургії за рішенням асоціації європейських хірургів ВАК-терапія визнана золотим стандартом в комплексному лікуванні перитоніту.

Мета: провести аналіз та покращити результати хірургічного лікування поранених із вогнепальним перитонітом.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося ретроспективно, був проведений порівняльний аналіз результатів 60 поранених із зони АТО, які отримали допомогу та лікування на етапах медичної евакуації ЗСУ в період бойових дій 2014–2018 рр. Методи: бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний, опрацювання й інтерпретації отриманих даних, математичної обробки.

Результати та обговорення. Проаналізували систему надання хірургічної допомоги пораненим з бойовою травмою живота на етапах медичної евакуації. Оцінили ефективність застосування уніфікованої шкали оцінки тяжкості травми (AdTS) та визначеної на її основі хірургічної тактики. На основі отриманих результатів представлені відповідні висновки.

Висновки. В структурі санітарних втрат хірургічного профілю питома вага бойової травми живота становила 6,9%, з переважанням осколкових поранень (64,2%) та поєднаної травми живота (69,1%). При аналізі ефективності надання хірургічної допомоги пораненим з бойовою травмою живота виявлено, що в результаті оптимізації організаційно-клінічних заходів та скорочення ($p < 0,05$) термінів доставки поранених на етапі медичної евакуації другого рівня, зменшилась питома вага післяопераційних ускладнень на 19,0% ($p < 0,05$). Напрямами оптимізації надання хірургічної допомоги пораненим з бойовою травмою живота в системі медичного забезпечення необхідно визнати: системне впровадження уніфікованої шкали оцінки травми поранених AdTS; збільшення частоти застосування тактики контролю ушкоджень; скорочення термінів доставки та передопераційної підготовки поранених.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ ТОНЗИЛИТИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АТО (ООС) В СТРУКТУРІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

О.І. Шапаренко, С.Б. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

На сьогоднішній день гострі захворювання органів дихання залишаються однією з найактуальніших проблем військової медицини у зв'язку з високим рівнем захворюваності військовослужбовців, спричиненого рядом факторів (легкістю передачі, великою сприйнятливістю осіб молодого віку), за рахунок чого ГРЗ здатні швидко розповсюджуватись в організованих військових колективах. При цьому працевтрати та санітарні втрати можуть значно перевищувати ті, що виникають від бойової травми. У структурі інфекційної захворюваності в мирний час провідне місце займають гострі тонзиліти (ГТ), хронічні тонзиліти (ХТ), грип та інші гострі респіраторні захворювання (ГРЗ).

Мета. Оцінити сучасний стан захворюваності на гострі тонзиліти та провести порівняльний аналіз показників госпітальної захворюваності військовослужбовців ЗСУ та учасників АТО/ООС на гострий тонзиліт в структурі хвороб органів дихання (ХОД).

Матеріали та методи. В основу роботи було покладено результати статистично опрацьованих даних, взятих з медичних звітів (форма 3/мед) військових та військово-мобільних госпіталів (ВГ) та (ВМГ) за 2017–2019 рр.

Результати та обговорення. За статистичними даними показник випадків госпіталізацій з приводу ГТ до ВГ в структурі ХОД за 2017 рік складав 18,1%, у 2018 році – 15,4%, у 2019 році – 15,9%. У динаміці показника долі госпіталізацій з приводу ГТ у ВГ впродовж 2017–2018 років відмічене зниження на 2,7%, з 2018 по 2019 рік – незначне підвищення показника на 0,5% ($p < 0,05$). Загалом в період з 2017–2019 рік відмічене зниження показника долі госпіталізацій з приводу ГТ у ВГ на 2,2%. Статистично достовірність підтверджено ($p < 0,05$). В свою чергу показник долі госпіталізації до ВМГ з приводу ГТ в структурі ХОД у 2017 році склав 12,8%, у 2018 – 20%, а у 2019 – 47,5%. У динаміці показника долі госпіталізацій з приводу ГТ до ВМГ у 2018 році відмічене достовірне збільшення показника на 2,7% від рівня 2017 року, з наступним значним підвищенням у 2019 році на 27,5%. Загалом, відмічене статистично значиме збільшення показника впродовж 2017–2019 років на 34,7% ($p > 0,05$).

Аналізуючи динаміку показників госпітальної захворюваності на ГТ серед військовослужбовців, можна відмітити, що у 2017 році доля госпіталізацій серед військовослужбовців ЗСУ була нижчою у ВМГ ніж у ВГ на 5,3%. Проте у період 2018–2019 рр. показники госпіталізацій до ВМГ значно підвищився на 4,6%, та 31,6%, відповідно, що є статистично достовірним ($p < 0,05$).

Висновки. Проведений аналіз долі госпіталізацій з приводу ГТ у ВГ та у ВМГ серед військовослужбовців ЗСУ свідчить про необхідність запровадження та проведення комплексу профілактичних заходів та заходів з покращення соціальної складової життя у зоні АТО(ООС).

ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АЛКОГОЛІЗМІ

Л.О. Шукалюк, Н.В. Галан

Українська військово-медична академія, м. Київ

На сьогодні в Україні синдром залежності від алкоголю у військово-службовців і демобілізованих бійців АТО достатньо поширений. Вживання алкоголю значиться третім світовим (після тютюнопаління та високого артеріального тиску) провідним фактором ризику розвитку різноманітних захворювань і передчасної смерті. Особливо небезпечного впливу зазнає нервова система людини. Хронічне вживання алкоголю викликає широкий спектр неврологічних ускладнень з боку організму людини, одним з яких є розвиток епілептичних нападів.

Мета. Вивчення клінічних особливостей, сучасних методів діагностики та терапії епілептичних розладів при хронічній алкогольній інтоксикації (ХАІ).

Матеріали та методи. Досліджено архівні матеріали психіатричного відділення НВМКЦ «ГВКГ» впродовж 2018–2020 років. Для досягнення поставленої мети і виконання завдань дослідження використані статистичні (непараметричні) методи, бібліосемантичний метод і метод системного підходу.

Результати та обговорення. Найбільшу групу хворих з епілептичними нападами при ХАІ становили хворі віком від 40 до 55 років – 58,9%. Хворих із судомними нападами при ХАІ віком від 20 до 29 років було найменше – 14,3%.

Встановлено, що у військослужбовців з ХАІ найбільша доля епілептичних розладів траплялася при абстинентному синдромі (76,8%). На другому місці – в стані алкогольної інтоксикації (16%). У 7,2% пацієнтів епілептичні розлади були як при абстиненції, так і при алкогольній інтоксикації. Було виявлено залежність виникнення судом від віку та рівня алкогольної інтоксикації. Більшість хворих (80%) поступали в стані середнього та тяжкого ступеня сп'яніння 2,5% і більше. В основному (70%) – це були пацієнти зрілого віку (40–55 років). У досліджуваної групи хворих з синдромом відміни встановлена певна тенденція за часом виникнення епілептичних нападів. У більшості хворих з абстинентним синдромом, що супроводжувався епілептичними нападами, судоми наступали в першу добу після відміни алкоголю – 15%, на другий день відміни – 60%, на третій день відміни – 20%, а на четверту і пізніше – 5%. Ці дані вказують на пряму дію інтоксикаційного фактору алкогольного генезу саме в перші дні після припинення вживання алкоголю.

Клінічно судомні напади мали генералізований тоніко-клонічний характер без явного клінічного вогнищевого початку. Найбільш часто генералізовані

тоніко-клонічні напади супроводжувалися раптовим виключенням свідомості, різким та раптовим падінням, значними м'язовими судомами кінцівок, прикусом язика, мимовільним сечовиділенням і розвитком безсоння після нападу та ін. У 36% випадків епілептичні напади провокували розвиток психозу за типом алкогольного делірію. Соматичну патологію внаслідок зловживання алкогольними напоями було виявлено у 65% обстежених.

Всім пацієнтам з моменту поступлення в стаціонар проводилось традиційне комплексне лікування, направлене на купірування синдрому відміни алкоголю, корекцію психопатологічних та соматоневрологічних порушень. Дезінтоксикаційна терапія включала введення сольових розчинів, сульфату магнію, вітамінів. Призначались бензодіазепінові транквілізатори.

Висновки.

1. Таким чином, встановлено, що хронічна алкогольна інтоксикація на фоні поєднаних факторів схильності може на всіх стадіях хвороби проявлятися епілептичним синдромом.

2. Поєднання таких чинників, як вік після 40 років, тривалість та ступінь алкогольної інтоксикації, наявність соматичної патології внаслідок зловживання алкоголем та поєднання їх з ураженнями структур ЦНС збільшують ризик виникнення епілептичного розладу.

3. Клінічно судомні напади мали генералізований тоніко-клонічний характер без явного клінічного вогнищового початку. У 36% випадків епілептичні напади провокували розвиток психозу за типом алкогольного делірію.

4. Патогенетична комплексна терапія хворих дозволяє добитися стійких ремісій, підвищення рівня медичної, соціальної і трудової компенсації хворих.

АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГРВІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА УЧАСНИКІВ АТО (ООС)

О.І. Шапаренко, С.Б. Коваль

Українська військово-медична академія, м. Київ

З урахуванням особливостей проходження військової служби рівень захворюваності на ГРЗ серед військовослужбовців щорічно перевищує всю іншу захворюваність, а в загальній структурі інфекційної захворюваності їх частка сягає до 90–95%. Особливо це стосується військовослужбовців строкової служби та іммобілізованих під час АТО (ООС) в Україні.

Такий значний рівень захворюваності на дані інфекції насамперед обумовлений рядом причин: умови розміщення, великі фізичні навантаження, психологічний стрес, виконання бойових завдань, санітарно-гігієнічні умови та ін., що приводять до регресивних імунологічних змін в організмі. Саме тому інфекційні захворювання з найбільшою швидкістю розповсюджуються у військовослужбовців, порівняно з цивільним населенням.

Мета. Провести порівняльний аналіз показників госпітальної захворюваності військовослужбовців ЗСУ та учасників АТО (ООС) на гострі респіраторні вірусні інфекції, в тому числі гострий тонзиліт на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел; статистичний аналіз показників госпіталізації з приводу гострої респіраторної патології серед військовослужбовців ЗС України та учасників АТО (ООС) за період 2017–2019 рр. Для реалізації мети і досягнення поставлених завдань дослідження були опрацьовані звіти військових госпіталів та військово-мобільних госпіталів ЗСУ (форма 3/мед) про основні показники їхньої діяльності. Спектр досліджень включав Клас 10 – Хвороби органів дихання за окремими блоками та групами: J00-06 – ГРВІ ВДШ.

Результати та обговорення. Показник випадків госпіталізацій в структурі загальної захворюваності з приводу ГРВІ за 2017–2019 роки у військові госпіталі (ВГ) ЗСУ склав у 2017 році 11,6%, у 2018 році 8,2% та у 2019 році 8,9%. Серед учасників АТО (ООС), що були госпіталізовані до військово-мобільних госпіталів (ВМГ) цей показник становить 23,6%, 15,1% та 13,6% відповідно. Динаміка показника долі госпіталізацій до ВГ з приводу захворюваності на ГРВІ впродовж 2017–2018 років знизилась на 3,4%, за 2018–2019 роки відмічається підвищення цього показника на 0,7% ($p < 0,05$). У динаміці показник долі госпіталізацій до ВМГ з приводу ГРВІ з 2017 по 2018 роки знизився на 8,5%, за 2018–2019 роки на 1,5%. Загалом з 2017 по 2019 рік відмічається зниження показника госпіталізацій з приводу ГРВІ до ВГ на 2,7%, та значне зниження показника госпіталізацій до ВМГ на 10%. У 2017–2019 роках доля госпіталізацій серед військовослужбовців ЗСУ була вищою у ВМГ порівняно з ВГ на 12%, 6,9%, 4,7%, відповідно, що є статистично достовірним ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, було виявлено, що частка госпітальної захворюваності на ГРВІ в структурі усіх хвороб посідає вагоме місце, особливо серед учасників бойових дій в зоні АТО (ООС), що обумовлює необхідність впровадження нових профілактичних заходів для запобігання поширеності гострих респіраторних інфекцій.

УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА І ТАЗУ

Г.Ю. Боханов

Українська військово-медична академія, м. Київ

Ушкодження органів сечостатевої системи становлять приблизно 1,9% від усіх поранень в умовах бойових дій на сході України. Дане питання залишається актуальним в силу зростання травматичних пошкоджень органів сечостатевої системи при тяжкій поєднаній травмі, складності ранньої діагностики, високого відсотку ускладнень та летальності на етапах медичної евакуації.

Мета: проаналізувати результати хірургічного лікування поранених з ушкодженнями органів сечостатевої системи на етапах медичної евакуації.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладений аналіз результатів лікування поранених з ушкодженнями органів сечостатевої системи в період 2014–2020 рр. на етапах медичної евакуації з обсягом медичної допомоги, що відповідав II, III та IV рівням медичного забезпечення. Всі обстежені були чоловічої статі, середній вік склав 31 рік.

Результати та обговорення. Залежно від кількості і локалізації пошкоджень ізольовані спостерігались в 26,7% випадків; множинні – 13,3%; поєднані – 60%. В структурі причин ушкодження органів сечостатевої системи вогнепальні уламкові поранення склали 36,7%, мінно-вибухова травма – 25%, мінно-вибухові поранення – 25%, вогнепальні кульові – 13,3%. Ушкодження нирок спостерігалось в 33,35%; сечоводів – 10,1%; сечового міхура – 20,2%; уретри – 8,7%; калитки – 19,5%; зовнішніх статевих органів – 18%. В загальній структурі операцій на органах сечостатевої системи хірургічна обробка ран, вилучення чужорідних тіл склало 51%, ревізія нирки, заочеревинного простору, видалення паранефральної гематоми – 20%, резекція нирки, ушивання нирки – 8%, нефректомія – 6%, хірургічна обробка поранень сечового міхура – 9%, ушивання сечоводу – 2%, резекція яєчка – 3%, хірургічна обробка ран статевого члену – 1%. Залежно від локалізації та тяжкості травми проводили послідовне відновлення всіх пошкоджень чи обмежувались втручаннями в рамках технології контролю ушкоджень (damage control) з обов'язковим адекватним дренажуванням та відведенням сечі.

Висновки. Серед постраждалих з ушкодженням органів сечостатевої системи переважали тяжкі та вкрай тяжкі (73,5%), що пояснюється переважно поєднаним характером поранень у більшості потерпілих (60%). У більшості постраждалих спостерігались вогнепальні уламкові поранення. При поєднаних вогнепальних пораненнях з підозрою на ураження органів сечостатевої системи необхідно виконувати лапаротомію з ревізією черевної порожнини та малого таза. Основними причинами незадовільних результатів при лікуванні вогнепальних поранень органів сечостатевої системи були: неповноцінні обстеження та інтраопераційна ревізія, необґрунтоване розширення об'єму операції, неадекватне відведення сечі.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

М.І. Бадюк, В.В. Неміш

Українська військово-медична академія, м. Київ

Адаптація нормативно-правових актів України у сфері національної безпеки до євроатлантичних норм та стандартів сьогодні висуває нові вимоги до медичного забезпечення Збройних Сил України. За даними фахівців поширеність захворювань серед мобілізованих військовослужбовців та військовослужбовців за контрактом за останні роки збільшилась на 43,7%, підвищились показники госпіталізації, працевтрат та звільнень через хвороби. Разом з тим, у наявних

літературних джерелах відсутні відомості щодо структури невідкладних станів при захворюваннях і бойових травмах, що супроводжуються у військово-службовців тяжким перебігом та низкою ускладнень.

Мета. Дослідження структури невідкладних станів військовослужбовців в сучасних умовах та висвітлення необхідності розробки і застосування адаптованих алгоритмів і протоколів надання медичної допомоги та лікування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз структури та характеру невідкладних станів сучасної бойової патології і захворювань у військовослужбовців, які знаходились на лікуванні у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» за період з 01 травня 2014 року по 2017 рік включно і перебували у тяжкому і вкрай тяжкому станах (n=544). Методами дослідження обрано статистичний, бібліографічний, проспективний та ретроспективний аналізи.

Результати та обговорення. За результатами аналізу тяжкості станів військовослужбовців, встановлено основні невідкладні стани, що вимагали надання медичної допомоги за сучасними алгоритмами і стандартами. Перше місце в структурі тяжких і вкрай тяжких станів військовослужбовців займає Клас XIX – Травми та отруєння. Найбільш тяжкими нозологічними станами цього класу виявлено групу поєднаних поранень і травматичних ушкоджень голови і головного мозку – 27,3%, на другому місці – травми органів черевної порожнини – 18,2%, і на третьому – травми грудної клітини і ребер (12,9%). Частота тяжких та вкрай тяжких станів при хворобах органів дихання займає друге місце, а серед цього класу найбільш тяжкі стани викликають пневмонії – 75,9%. Серед тяжких і вкрай тяжких станів, викликаних хворобами системи кровообігу, виявлено інсульти – 40,1%, інфаркти міокарду – 30,1% та гіпертензивну хворобу – 12,5%.

Висновки. Основною причиною, що викликає найбільш тяжкі стани військовослужбовців серед усього блоку терапевтичної патології є негоспітальні пневмонії. Тяжкість ускладнень серед військовослужбовців та відсутність ефективних медико-технологічних документів для надання екстреної і невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі обумовило необхідність обґрунтування та розробки алгоритму надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з гострим респіраторним дистрес синдромом, викликаним тяжкою негоспітальною пневмонією на догоспітальному етапі, з використанням існуючих клінічних рекомендацій, розроблених на засадах доказової медицини.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

В.М. Роцишина

Українська військово-медична академія, м. Київ

Коронавірусна інфекція COVID-19 не обмежується лише інфекцією органів дихальної системи. Дослідження та клінічні спостереження пацієнтів, які перенесли COVID-19, показують, що у багатьох з них вірус вражає травну систему. Механізм його впливу на шлунково-кишковий тракт, процеси травлення та всмоктування, виникнення захворювань шлунка та кишечника нині активно вивчаються.

Мета. Дослідити потенційно можливі шляхи впливу вірусу SARS-CoV-2 на травну систему людини, диспептичні та органічні прояви патології шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних літературних оглядів, клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, статистичних даних щодо пацієнтів, хворих на COVID-19 та пацієнтів, які одужали і мають прояви змін діяльності травної системи.

Результати та обговорення. Різноманітна гастроентерологічна симптоматика у осіб з COVID-19 не є рідкістю. Згідно з даними дослідження L. Pan і співавт. (2020) у структурі шлунково-кишкових симптомів серед інфікованих провідне місце посідають: втрата апетиту (78%), діарея (34%), блювання (3,9%), абдомінальний біль (1,9%). Цікаво, що деякі пацієнти з COVID-19 можуть мати симптоми ураження ШКТ без респіраторних проявів, що потрібно враховувати під час огляду хворих з гастроентерологічними симптомами та позитивним епідеміологічним анамнезом. Відомо, що основним рецептором клітин, з яким зв'язується шилоподібний S-протеїн (spikeprotein) є ангіотензинперетворюючий фермент-2. Вищенаведене пояснює основні механізми виникнення гастроентерологічної симптоматики у хворих на COVID-19. Слід наголосити й на факті виявлення вірусного нуклеокапсидного протеїну в цитоплазмі шлункових, дуоденальних і ректальних залозистих епітеліальних клітин, що свідчить про ймовірну здатність SARS-CoV-2 до фекально-оральної трансмісії та клінічну роль у виявленні інфікованих осіб дослідженням зразків калу за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Іноді симптоми ураження шлунково-кишкового тракту можуть передувати появі бронхо-легеневих скарг і навіть виходити на перший план у розвитку клінічних проявів захворювання. За останніми даними майже у 10% дорослих пацієнтів шлунково-кишкові симптоми були першими симптомами COVID-19, при цьому у дітей такі симптоми відмічалися частіше. Також є свідчення, що наявність ураження травної системи часто асоціюється з більш важким перебігом захворювання. Це важливо знати, тому що, якщо лікарі-фахівці звертають увагу тільки на респіраторні симптоми, щоб діагностувати COVID-19, вони можуть пропустити випадки, первинно представлені позалегеновими симптомами, і в цьому разі

COVID-19 може бути діагностовано із запізненням та мати фатальні для пацієнта наслідки. Шлунково-кишкові симптоми при інфекції COVID-19 найчастіше включають зниження або повну втрату апетиту, нудоту, блювання, діарею та біль у животі. В загальному майже у третини пацієнтів з COVID-19 серед симптомів захворювання спостерігається діарея, що представляє найбільш значущу клінічну проблему ураження шлунково-кишкового тракту.

Висновки. Світова пандемія COVID-19 вже давно асоціюється не тільки із захворюваністю та смертністю від уражень органів дихальної системи. Дані досліджень європейських, американських та китайських науковців свідчать про актуальність та необхідність подальшого вивчення симптоматики з боку травної системи у пацієнтів, які хворіють або перенесли COVID-19. Ці дані підкреслюють потребу в ретельній оцінці стану пацієнтів із появою шлунково-кишкової симптоматики з метою виявлення класичних та можливих нетипових симптомів COVID-19. У всіх госпіталізованих хворих із COVID-19 може бути доцільним моніторинг печінкових ферментів, зокрема в контексті лікування медикаментами з відомим гепатотоксичним потенціалом. Додатково необхідно звернути більшу увагу на з'ясування можливостей визначення вірусу SARS-CoV-2 у випорожненнях шляхом проведення лабораторних досліджень.

ТИПОВІ ПРОЯВИ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

І.Ф. Гончаренко¹, О.І. Лашин², А.А. Грішов¹

¹Українська військово-медична академія, м. Київ

²Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ

Вплив COVID-19 не обмежується лише інфекцією органів дихальної системи. Наукові дослідження та клінічні обстеження пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, показують, що у багатьох з них вірус вражає нервову систему. Механізм його впливу на нервові клітини поки що недосконало вивчений, проте міжнародна наукова спільнота не має сумнівів – зв'язок очевидний: тимчасову втрату смаку або нюху визнали специфічними симптомами COVID-19 ще на початку пандемії. З носоглотки вірус здатний проникати безпосередньо у головний мозок, а це в свою чергу може спровокувати цілий ряд ускладнень і порушити нормальну роботу нервової системи людини. Масштабні дослідження, що проводились у Франції та Китаї, показали, що неврологічні симптоми у тій чи іншій формі відчувають більше третини заражених.

Мета. Дослідити потенційно можливі шляхи впливу вірусу SARS-CoV-2 на нервову систему людини, неврологічні прояви у пацієнтів, які перехворіли на COVID-19, та необхідність подальшого вивчення даної тематики. Проаналізувати дані міжнародних досліджень та наукової літератури щодо «постковідної» неврологічної симптоматики.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних літературних оглядів та статистичних даних щодо пацієнтів, хворих на COVID-19, та пацієнтів, які одужали і мають прояви змін діяльності нервової системи.

Результати та обговорення. Прояви аносмії та агевзії у хворих на COVID-19 частково можна пояснити неспецифічними симптомами інфекції верхніх дихальних шляхів, зокрема закладеністю носа. Назальні симптоми, типові для грипу та риновірусної інфекції, часто відсутні у пацієнтів із COVID-19. Фактично у них не спостерігається значної закладеності або ринореї. Особи з аносмією інколи мають хибне відчуття зниження або втрати сприйняття смаків. Так лікар Jerome R. Lechien (Бельгія) при наданні допомоги 417 хворим із м'яким та помірнотяжким перебігом інфекції виявив розлади нюху в 85,6% випадків, смакового відчуття – у 88%. Цереброваскулярна патологія – одна із ключових в неврологічному аспекті: у значній частини пацієнтів із COVID-19 відбувається тромбоутворення у дрібних і великих судинах головного мозку та інших органів. За спостереженням Liet al. (США) у 13 із 221 хворого на COVID-19 нейровізуалізація підтвердила наявність цереброваскулярної патології. Переважно це були ішемічні інфаркти в басейнах як дрібних, так і великих артерій. Відбувається втрата пам'яті, сповільнення розумової діяльності та навіть можуть розвиватися делірії або кома. Тому когнітивні порушення серед осіб із тяжким COVID-19 не обов'язково відображають ураження мозку вірусом. Проте у хворих на COVID-19 частота енцефалопатії та делірії є значно вищою, ніж можна пояснити перебуванням у реанімації. Аналіз публікацій дозволяє припустити, що SARS-Cov-2 частіше спричиняє імунно-опосередковану енцефалопатію, ніж пряме вірусне пошкодження мозку. Дрібні ураження мозку мають ефект накопичення, що інколи проявляється вже після виписки з лікувального закладу, а саме порушеннями пам'яті, уваги, сповільненням обробки інформації. Тому таким пацієнтам доцільно звернутися до невролога для проведення нейрокогнітивного обстеження через 6–8 місяців після виписки з госпіталю, якщо зберігаються скарги на відповідні порушення.

Висновки. Проблемні питання, підняті нами вище, мають вагоме значення для клінічної та теоретичної практики в неврології та спонукають до проведення нових досліджень в даній сфері. Беручи до уваги цитокініндуковану гіперкоагуляцію та схильність до формування тромбів у легенях, серці, нирках і мозку – стани, що ускладнюють перебіг COVID-19 і загрожують життю пацієнтів, необхідні подальші дослідження ефективності антикоагулянтів і антитромбоцитарних засобів, впровадження заходів профілактики судинних ускладнень. Необхідно проводити клінічні дослідження, що фіксуватимуть гострий початок неврологічних симптомів, результати детальних неврологічних обстежень, темпи прогресування та довгострокові наслідки розладів із боку нервової системи у хворих на COVID-19. Оскільки деякі пацієнти з COVID-19 можуть звертатися до госпіталів лише з неврологічними симптомами, не маючи типових симптомів гострої інфекції дихальних шляхів, слід

враховувати небезпеку інфікування оточуючих. Отже, є випрадананою потреба в розробці превентивного скринінгу перед візитом, шляхом анкетування та експрес-тестування.

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ ІМЕРСИВНИХ ІНСТРУМЕНТІВ В ПІДГОТОВЦІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КАДРІВ

К.Ю. Умяровій¹, С.М. Рудинська²

¹*НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського», м. Київ*

²*Українська військово-медична академія, м. Київ*

Актуальність. Глобалізація інформаційного простору і процес масової діджиталізації, що почалися в ХХІ столітті, призвели світ до переосмислення способів виробництва і подачі контенту, надаючи нові можливості в освіті. Стрімке поширення технологій і новітні технічні пристосування, Інтернет, доступний з різноманітних носіїв, надають можливість по-різному працювати з інформацією.

Імерсивні технології для освітнього процесу, а власне для підготовки військово-медичних кадрів застосовують у зв'язку з наступними особливостями сучасного подання та прийняття інформації:

фонове сприйняття інформації відходить на другий план;

технології змінюють структуру споживання інформації;

роль відвідувача/користувача стає активною;

боротьба за залучення і утримання уваги;

можливість транслювати те, що в реальності може бути небезпечно;

можливість транслювати те, що в реальності неможливо;

можливість транслювати те, що дорого побачити в реальності;

можливість транслювати те, що рідко зустрічається і складно зловити.

Результати дослідження. Імерсивність (від англ. Immersive – «створює ефект присутності, занурення») – це спосіб сприйняття, що визначає фактор зміни свідомості, в сучасному світі є важливим і новим напрямком набуття знань та навичок, що недоступні традиційними методами навчання.

У зарубіжній літературі фігурує поняття «Immersive learning» (immersive teaching, immersive education), що описує вивчення і консолідацію потенціалу так званих «віртуальних світів» в освітньому середовищі. Імерсивні технології мають на увазі трансформацію ролі педагога, виставляючи акцент на проєктуванні багатомодального віртуального середовища, створенні сценаріїв занурення. За останні кілька років «імерсивність» в сфері освіти була визнана потужним і ефективним інструментом підтримки навчання.

Висновок. Імерсивний підхід в освіті осмислюється як стратегія пізнання, а також сукупність прийомів, способів інтерактивної продуктивної взаємодії суб'єктів освітнього процесу з метою розвитку і саморозвитку особистості майбутнього фахівця медичної служби ЗС України, що збільшує можливості опрацювання таких знань та навичок як діагностика рідкісних хвороб та проведення віртуальних оперативних втручань.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЩО РОЗВИНУЛАСЯ НА ФОНІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

О.В. Селюк

Українська військово-медична академія

Вступ. Охорона та зміцнення здоров'я військовослужбовців є важливою складовою системи національної безпеки. Участь військовослужбовців ЗС України у бойових діях в процесі проведення АТО/ООС обумовила зміни в структурі захворюваності. Враховуючи особливий період, важливо приділяти максимальну увагу до коморбідності у пацієнтів з пораненнями. В доступній літературі відсутні дані досліджень щодо особливостей поширеності та перебігу коморбідної патології у поранених під час бойових дій. Поранення сьогодення протікають з морфологічними та функціональними змінами внутрішніх органів. Структура вторинної патології, що формується на тлі різних поранень, має свою особливість. При вогнепальних та осколкових пораненнях найчастіше відмічається патологія кардіоваскулярної системи. Другою за частотою є захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ). При мінно-вибуховій травмі домінують захворювання кардіоваскулярної системи та сенсонеуральна туговухість.

Мета дослідження: вивчити частоту виникнення вторинної патології внутрішніх органів у військовослужбовців-учасників АТО/ООС.

Матеріали і методи: проаналізовані історії хвороби поранених в зоні АТО/ООС, які перебували на стаціонарному лікуванні в в/ч А2923 за період 2015–2016 рр. Були відібрані історії пацієнтів, які отримали поранення різного характеру. Критеріями включення в дослідження були: поранені, які брали участь в АТО/ООС та не мали захворювань внутрішніх органів до поранення. Було проаналізовано 492 історії хвороби. Середній вік обстежених складав $34 \pm 1,3$ рік. Структура поранень була наступна: кульові поранення складали 18,3%; мінно-вибухові поранення – 42,4%; осколкові поранення – 39,3%.

Результати дослідження. Серед 492 поранених виявлено 67 (13,6%) пацієнтів, у яких розвинулися супутні захворювання. Домінуюча складова належала ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) – 45 пацієнтів (67,2%). Наявність даного коморбідного стану є дуже важливим, оскільки ПТСР є предиктором раннього розвитку кардіоваскулярних захворювань. На момент обстеження 13 (19,4%) пацієнтів мали верифіковану супутню патологію серцево-судинної системи. У 9 (13,4%) пацієнтів – нейросенсорна туговухість. Серед пацієнтів з кардіоваскулярною патологією домінували хворі з нейроциркуляторною дистонією – 7 (53,8%). Артеріальна гіпертензія I ступеня була верифікована у 4 (30,8%) поранених, міокардити – 2 (15,4%).

Аналізуючи частоту виникнення патологічних станів при певних пораненнях, нами було встановлено, що основна кількість кардіоваскулярних захворювань виникала при вогнепальних пораненнях.

Висновки. У результаті проведеного аналізу встановлено, що у військово-вослужбовців, які брали участь в АТО/ООС, на тлі отриманих поранень серед патології внутрішніх органів на ранніх етапах лікування виявляється ПТСП у 67% випадків, що може в подальшому спровокувати розвиток кардіоваскулярних захворювань.

Серед виявлених кардіоваскулярних захворювань основною нозологією була НЦД (53,8%), другою за частотою зустрічалася артеріальна гіпертензія І стадії (30,8%), міокардити – 15,4%.

Велика частота розвитку захворювань серцево-судинної системи у даної категорії хворих обумовлює необхідність більш ретельного всебічного обстеження на ранніх етапах для запобігання розвитку ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ COVID-19

В.О. Хухлей

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса

Неінвазивна вентиляція (NIV) – це будь-яка форма вентиляційної підтримки пацієнтів без використання ендотрахеальної трубки. Вона дозволяє уникнути потенційних ускладнень інвазивної механічної вентиляції: NIV забезпечує економічно ефективну терапію, зменшує тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії та підвищує ймовірність одужання. NIV надає наступні переваги: зменшує кількість можливих ускладнень на 62%, а помилок лікування – на 50%. Скорочує перебування в палатах інтенсивної терапії і тривалість перебування в госпіталі в середньому на 3 дні. Підвищує якість життя пацієнтів. Збільшує відсоток виживання в умовах невідкладної допомоги при використанні на ранніх стадіях, а не в якості вимушеного засоба. Знижує ризик розвитку внутрішньолікарняних інфекцій. Дослідження показало значно більшу кількість інфекційних ускладнень при використанні ендотрахеальної трубки.

Мета. Порівняти вплив різних режимів неінвазивної вентиляції легень, а саме комбінацію Constant Positive Airway Pressure (CPAP) із Pressure Support Ventilation (PSV) та CPAP без PSV на результати інтенсивної терапії хворих з гострою дихальною недостатністю, що викликана коронавірусною інфекцією.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних літературних оглядів, клінічних досліджень та статистичних даних щодо пацієнтів, яким проводилась штучна вентиляція легень, зокрема неінвазивна, при COVID-19.

Результати та обговорення. Неінвазивна вентиляція (NIV) є одним з ефективних сучасних методів корекції гострої дихальної недостатності. NIV характеризується меншою частотою ускладнень і має низку переваг перед інвазивною. Зокрема, це – значно менша кількість ускладнень, в тому числі інфекційних. Для NIV застосовуються герметичні лицеві маски різних конструкцій. Підключений до маски апарат штучної вентиляції легень обладнаний

чутливим тригером і синхронізується з дихальними рухами пацієнта. За рахунок цього покращується вентиляція та оксигенація, і зменшується робота дихання. Знижується потреба в інтенсивній терапії на 41–66% порівняно зі стандартною терапією. Забезпечується краща оксигенація, дихальний комфорт та створення умов для розрідження пневмонії через усунення мікроактелектазування та залучення до участі у вентиляції раніше колабованих чи набряклих альвеол. Використання NIV при COVID-19 з початку пандемії викликало суперечливі погляди, оскільки вважалося, що його застосування збільшує аерозолізацію у палатах інтенсивної терапії. Проте згодом цю гіпотезу було спростовано шляхом чисельних спостережень в клінічній практиці. В одному з досліджень, що проводились медиками КНР, порівнювали вплив на результати інвазивної та неінвазивної вентиляції легень і отримали переконливі результати на користь NIV: летальність в групі інвазивної вентиляції склала 92% (n=104), а в групі NIV – 40,8% (n=62), (p<0,001). За даними клінічних досліджень, які мали на меті порівняти ефективність різних режимів вентиляції при COVID-19 можна стверджувати, що через збільшення внутрішньогрудного тиску при використанні CPAP+PSV, знижується переднавантаження лівого шлуночка. Можна припустити, що використання CPAP+PSV має негативний вплив на гемодинаміку і віддалені наслідки у хворих з тяжким перебігом COVID-19.

Висновки. Використання NIV легень в режимі CPAP у хворих з тяжким перебігом COVID-19 дозволяє підтримувати адекватну оксигенацію і не погіршує показники центральної гемодинаміки, зокрема при наявності гострої дихальної недостатності. Застосування CPAP без PSV покращує результати інтенсивної терапії та є перспективним методом респіраторної підтримки у хворих COVID-19, що потребує подальшого всебічного теоретичного та практичного вивчення.

ВІЙСЬКОВА ТЕРАПІЯ

І. Андрійченко, Ю. Котик

ВПЛИВ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ НА РОЗВИТОК ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ
УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....3

А.Ю. Гумінська, М.М. Козачок

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....4

О.А. Красюк, О.О. Івасишена

ЗМІНИ З БОКУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС ПОРАНЕНИХ
У ГРУДНУ КЛІТКУ: ОСНОВНІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ.....5

В.В. Капкович, М.М. Селюк

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС.....7

О.Е. Левченко

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ
ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ.....9

А.О. Лукашук, С.В. Свічарова

РАННЯ ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ,
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.....10

С.В. Мосур, Ю.В. Рум'янцев, К.Ю. Марущенко

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВИХ
ЛІКАРІВ У 2017 РОЦІ ТА 2021 РОЦІ (ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19).....12

І.І. Паламарюк, С.А. Бичкова

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МОЛОДОГО ВІКУ:
ДІАГНОСТИКА, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ.....14

О.О. Танасійчук, Н.В. Попенко

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В УЧАСНИКІВ
АТО/ООС, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА
ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД НИХ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ.....15

К.П. Беляєва, В.І. Трихліб

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ
ПРОЯВИ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19.....16

Ю.В. Еліяшевський, М.М. Коваль

ГЕМОДИНАМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....18

Я.Ю. Кузьменко, Ю.В. Рум'янцев; К.Ю. Марущенко

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ
ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ
АТО/ООС НА ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ БОЄЗДАТНОСТІ
У ВІЙСЬКОВОМУ МОБІЛЬНОМУ ГОСПІТАЛІ.....20

Ж. Лигуш, С. Бичкова

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЧАСТОТА, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
ТА ЛІКУВАННЯ.....22

М.І. Пешкова, М.М. Селюк, М.М. Козачок.

ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІЮЧИХ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ПЕНСІОНЕРІВ МОУ.....23

П.А. Роїк, О.О. Федорова ЗНАЧУЩІСТЬ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ.....	24
В.С. Тарасюк ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ АТО/ООС.....	26
О.А. Красюк, О.О. Хоружа ЗМІНИ З БОКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ПОРАНЕНИХ В КІНЦІВКИ: ОСНОВНІ ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ.....	28
Р.Л. Ботюк, О.А. Желеховський, К.В. Савічан ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ЧАСТОТА, КЛІНІКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ.....	30
Н.Р. Цюрак ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ НОВОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЯКІ ПОСТУПАЛИ НА ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ДО ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ.....	31

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЯ

В.О. Корнейчик ВИКОРИСТАННЯ ТАР-БЛОКА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА.....	34
О.В. Дрогобецька, Т.М. Левченко ВПЛИВ МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ – ВІДКРИТОГО ТА МІНІ- ІНВАЗИВНОГО (ЛАПАРОСКОПІЧНОГО) – НА ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЮ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.....	35
Д.І. Пидоченко, В.М. Мошківський ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОЛОНОСКОПІЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ.....	36
Н.М. Колосінська, М.М. Журко ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПНЕВМОНІЄЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З COVID-19.....	37
А.В. Колосінський, Т.М. Левченко АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	38
М.Г. Костенко ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПОРАНЕНИХ ПРИ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ.....	39
Р.Ю. Котурбаш ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА РІВЕНЬ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ.....	41
А.С. Слюсаренко, В. Мельник ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ.....	42
О.В. Пачехон , О.В. Тхоревський СПОСОБИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА ВЕНТИЛЯЦІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВІЙ ХІРУРГІЇ.....	43
Ю.К. Мкртчян, О.О. Бугай, М.М. Журко НЕДОЛІКИ ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ.....	44

С.В. Ващенко, В.М. Мошківський ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ ШЛЯХОМ ВИМІРЮВАННЯ ТОВЩИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ.....	46
Є.Ю. Заверюха, Т.М. Левченко ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ АЛКОГОЛЕМ ТА НЕВІДОМОЮ РЕЧОВИНОЮ (НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ).....	46
Ю.Ю. Осьмірко, Т.М. Левченко ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМ НИРКИ ТА СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ.....	47
М.Л. Підфедько, В.М. Мошківський ESP-БЛОКАДА ЯК ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЗНЕБОЛЕННЯ.....	49
Є.О. Таратута ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОЇ СХЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ/ЛІКУВАННЯ СТРЕСОВИХ ВИРАЗОК У ПОРАНЕНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	50
І.О. Тімохіна, В.М. Мошківський КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ У ПРОГНОЗУВАННІ ВАЖКИХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ.....	51
ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ	
Н.В. Гончаренко, І.Ф. Гончаренко, О.П. Шматенко ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	53
О.Ф. Кучмістова, Б.В. Нагорний, Д.С. Харченко ВИВЧЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗШИРЕННЯ ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	54
О.В. Плешкова, М.О. Кубська, К.Б. Черкашина МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ВИКОРИСТАННЯ.....	56
В.В. Руденко, А.С. Пивовар, А.В. Роїк ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОТРЕБ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ.....	58
П.С. Сирота, О.М. Рикова, І.І. Семірненко, О.В. Підлісний УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ.....	59
А.М. Соломенний, А.В. Луцька, О.В. Голюк ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ РАН БАКТЕРИЦИДНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	62
А.М. Соломенний, С.М. Панченко, Г.Б. Семенченко МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПОРЯДКУ АКРЕДИТАЦІЇ ТА ЛІЦЕНЗУВАННЯ ВІЙСЬКОВИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЩОДО РОБОТИ З НАРКОТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ, ПСИХОТРОПНИМИ РЕЧОВИНАМИ ТА ПРЕКУРСОРАМИ.....	63
В.В. Осьодло, В.О. Тарасенко, В.А. Репін ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	65

О.П. Шматенко, Д.В. Вороненко, А.В. Маланіч АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА 2021–2025 РОКИ.....	67
О.П. Шматенко, А.М. Соломенний, Н.О. Тахтаулова ОБҐРУНТУВАННЯ ПЛАНУВАННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ.....	69
С.І. Скуратівська, Г.Р. Ламазян, В.В. Єременко АНАЛІЗ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ.....	71
Н.В. Гончаренко, Ю.О. Жеребцова, С.Ю. Адаменко СИНДРОМ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	73
О.Ф. Кучмістова, В.О. Тарасенко, О.М. Рикова ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАН.....	75
В.В. Руденко, А.М. Соломенний, Р.І. Олійник НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕДУР ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДЕРЖАВНІ КОШТИ.....	77
П.С. Сирота, А.М. Соломенний, Д.С. Вороніна МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ТРАНСПОРТНО-СКЛАДСЬКОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ АПТЕЧНИХ СКЛАДІВ.....	79
А.М. Соломенний СУЧАСНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РАН.....	80
В.О. Тарасенко, О.В. Миропольська, О.В. Белозьорова МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ТА РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	82
О.П. Шматенко, А.С. Пивовар, М.Є. Гура МОДЕРНІЗАЦІЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	84
М.В. Білоус, З.Я. Галаджун, К.Ю. Сеніна СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	85
В.О. Кучмістов, Т.М. Краснянська, О.В. Галан ОКРЕСЛЕННЯ ДЕЯКИХ ПЕРСПЕКТИВ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ.....	87
О.В. Плешкова, В.О. Горбатенко, В.В. Трохимчук АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ.....	89
Т.В. Приходько, О.П. Шматенко АНАЛІЗ АСОРИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ГРУПИ ОПОЇДНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ.....	91

П.С. Сирота, Л.А. Кукла, Н.Б. Єременко ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ЗРАЗКІВ ОСНАЩЕННЯ ДЛЯ АПТЕКИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ.....	92
А.М. Соломенний, М.В. Величко, О.П. Ніколайчук УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ МЕХАНІЗОВАНОЇ (ТАНКОВОЇ) БРИГАДИ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ.....	93
П.С. Сирота, Л.Ю. Сорокопуд, О.М. Руденко ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ АПТЕК ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ.....	95
В.О. Тарасенко, Н.А. Неізмайлова, В.І. Прудніков НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ КОМПЛЕКСНОГО ПРОТИКАШЛЬОВОГО ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	96
О.П. Шматенко, М.В. Білоус, М.Ю. Катюжинська ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ ТА РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ COVID-19.....	98
О.П. Шматенко, М.П. Потехіна, О.В. Підлісний УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ СКЛАДІВ З УРАХУВАННЯМ СУЧАСНИХ СТАНДАРТІВ.....	100
В.О. Тарасенко, А.М. Соломенний, А.О. Головня УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ТА СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ.....	101
Н.В. Базунова, О.М. Фіонов, В.В. Коротченко, О. В. Белозьорова., С. В. Нестеровська, Ю. П. Криваченко ОСОБЛИВОСТІ ПОРЯДКУ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ В РАЙОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ (ООС).....	103
О.В. Плешкова, А.О. Томашевська СУЧАСНИЙ СТАН КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНОГО ОСНАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	106

ВІЙСЬКОВА ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Н.І. Бондар, Г.З. Мороз ПОШИРЕНІСТЬ КОМОРБІДНОЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	108
О. Воронін РОЗЛАДИ СЛУХУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19.....	109
В.В. Гудима, Г.І. Гальченко АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ ЗА 2018–2020 рр.	111
В.В. Гудима, Г.І. Гальченко АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ ЗА 2018–2020 рр.	112

Д.О. Остапенко МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ.....	113
Р.С. Карабін, Т.В. Куц ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ: ОБҐРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	115
Р.С. Карабін, Т.В. Куц ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ДО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	116
О. Шемчук, В. Коліхов УСКЛАДНЕННЯ З БОКУ ОРГАНІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19.....	118
М.Г. Луценко, С.Б. Коваль АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ.....	119
М.Г. Луценко, С.Б. Коваль ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ ТРИРІЧНОЇ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ.....	120
Т.В. Михалик ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ РАДІОІЗОТОПНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВЕРИФІКАЦІЇ НАСЛІДКІВ КОНТУЗІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ.....	121
О.О. Намісник, Т.В. Куц ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ: ОБҐРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	123
О.О. Намісник, Т.В. Куц ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РІЗНИХ ТИПІВ ФРБТ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	124
І.О. Сорока, Г.З. Мороз ПОШИРЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ.....	125
І.О. Сорока, Г.З. Мороз ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ.....	127
О.А. Томашевська, О.М. Ткаленко МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	128
А.Т. Сус СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КІР СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ.....	129

А.Т. Сус СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАННЯ НА СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ (ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В,С ТА ВІЛ) СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ.....	131
В.В. Мазурець, Н.М. Сидорова ТРОМБОПРОФІЛАКТИКА ХВОРИХ НА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОБҐРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	132
В.В. Мазурець, Н.М. Сидорова ТРОМБОПРОФІЛАКТИКА ХВОРИХ НА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	134
О.В. Микитин БОЙОВА ПСИХІЧНА ТРАВМА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	137
Д.В. Антонів, Л.А. Ренський МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	138
В.В. Бирюк ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО МЕДИЧНОГО АБОРТУ ВІЙСЬКОВИМ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У МЕДИЧНОМУ ПУНКТІ ВІЙСЬКОВОЇ ЧАСТИНИ.....	140
П.В. Федорич, Г.Ю. Курган, В.М. Кісілевський ЛОКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ.....	141
П.В. Федорич, А.О. Мармелюк, Т.О. Король, А.В. Шиндер ДОСЛІДЖЕННЯ АВТОРСЬКИХ ПРАЙМЕРІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ДНК PENTATRICHOMONAS HOMINIS, TRICHOMONAS TENAX ТА GIARDIA LAMBLIA В БІОЛОГІЧНОМУ МАТЕРІАЛІ.....	141
П.В. Федорич, Ю.Р. Малаховська, С.П. Остапенко ЛОКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА БАЗАЛЬНОКЛІТИННИЙ РАК ШКІРИ.....	142
В.С. Ніколайчук, П.В. Федорич АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ШКІРНІ ХВОРОБИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	143
В.О. Дерев'янка, Н.М. Сидорова ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ВПРОДОВЖ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТУ ST.....	144
А.Б. Дмитренко, Л.А. Ренський КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ.....	146
А.І. Гаврецький, М.В. Коцан ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПОПЕРЕЧНОЇ ПЛОСКОСТОПОСТІ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ.....	147

В.А. Кузь МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	148
К.А. Луценко, Л.А. Ренський НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОТІЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ ПІД ЧАС СПАЛАХУ ГОСТРИХ ТОНЗИЛІТІВ В ОКРЕМОМУ ГАРНІЗОНІ (169 НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР СУХОПУТНИХ ВІЙСЬК ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ).....	150
М.М. Суранович, Н.В. Галан ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ.....	151
Р.В. Славінський КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕРХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ- УЧАСНИКІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ.....	153
М.М. Муржа, О.М. Ткаленко МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	154
А.І. Гаврецький, О.М. Федунець ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ НА ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	156
А.І. Гаврецький, О.М. Федунець ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ЗВІЛЬНЕНЬ ТА ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ІЗ ХВОРОБАМИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ.....	159
І.В. Тутейко, Н.В. Галан РЕФЛЕКТОРНІ СИНДРОМИ, ОБУМОВЛЕНІ РІЗНОВИДАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА.....	161
А.І. Гаврецький, В.В. Чепурной, Т.В. Крохмаль ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ НА ПЕРЕВАНТАЖУВАЛЬНУ ХВОРОБУ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	163
А.І. Гаврецький, В.В. Чепурной, Т.В. Крохмаль ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ РАНЬОГО РОЗПІЗНАВАННЯ ОЗНАК ПЕРЕВАНТАЖУВАЛЬНОЇ ХВОРОБИ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	165
Р.С. Закревський, І.М. Ткачук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	166
А.І. Гаврецький РІЗНІ АСПЕКТИ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЙОМУ ШВИДКОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ З НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ В БОЙОВИХ УМОВАХ НА ДРУГІЙ ЛІНІЇ.....	167
Р.С. Закревський, І.М. Ткачук МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	169
І.О. Степанов, С.Б. Коваль ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СИСТЕМИ ДИХАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	171

О.А. Степанова, Н.М. Сидорова ОСОБЛИВОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ (ЗА ДАНИМИ 2014 ТА 2020 РОКІВ): ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ.....	172
О.А. Степанова, Н.М. Сидорова ОСОБЛИВОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ (ЗА ДАНИМИ 2014 ТА 2020 РОКІВ): РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	174
В. Чернявська-Якубцева ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19.....	176
В.А. Чорненька, О.І. Жовтоножко ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНИХ ІЗ ВОГНЕПАЛЬНИМ ПЕРИТОНІТОМ ЯК УСКЛАДНЕННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ЖИВОТА.....	177
О.І. Шапаренко, С.Б. Коваль ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ ТОНЗИЛІТИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АТО (ООС) В СТРУКТУРІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	179
Л.О. Шукалюк, Н.В. Галан ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АЛКОГОЛІЗМІ.....	180
О.І. Шапаренко, С.Б. Коваль АНАЛІЗ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГРВІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА УЧАСНИКІВ АТО (ООС).....	181
Г.Ю. Боханов УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА І ТАЗУ.....	182
М.І. Бадюк, В.В. Неміш НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	183
В.М. Рошишина ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19.....	185
І.Ф. Гончаренко, О.І.Лашин, А.А.Грішов ТИПОВІ ПРОЯВИ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19.....	186
К.Ю. Умяровій, С.М. Рудинська ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ ІМЕРСИВНИХ ІНСТРУМЕНТІВ В ПІДГОТОВЦІ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КАДРІВ.....	188
О.В. Селюк ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС, ЩО РОЗВИНУЛАСЯ НА ФОНІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ.....	189
В.О. Хухлей ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ COVID-19.....	190

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Папір офс. № 1. Гарн. Таймс. Друк RISO. Ум. друк. арк. 11,63.

Тираж 50 пр.

Зам. № 19 від 12.05.2021.

Віддрук. в редакційно-видавничий групі Української військово-медичної академії
Київ, вул. Московська, 45/1, корп. 33.